الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر -2

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تخصص: علم الاجتماع العائلة والسكان.

مذكرة لنيل الماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان بعنوان :

أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية.

دراسة ميدانية لعينة من المسنين في مدينة الجزائر العاصمة.

إعداد الطالبة:

ناصري مسعودة.

إشراف الأستاذة الدكتورة:

- عميرة جويدة.

السنة الجامعية: 2011 -2012.

كلمة شكر:

الحمد والشكر أولا لله العلي القدير الذي وفقني لانجاز هذا العمل المتواضع.

ثم الشكر والامتنان موصول للأستاذة القديرة "عميرة جويدة" التي لم تبخل علي بنصائحها وتوجيهاتها القيمة والسديدة طيلة فترة انجاز البحث، وصبرها الدائم عليس وأرجو من الله أن يجعلها ذخرا للعلم ويوفقها في حياتها.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من كان سببا في وصولي إلى هذه الدرجة العلمية، وساهم في تنوير دربي، خاصة الأستاذ المحترم "بوتفنوشات مصطفي" الذي لم يبخل هو الآخر بتوجيهاته و كان دائما يرفع من معنوياتي، و دعمي الشخصي في مواصلة دراسة هذا الموضوع.

ولا يفوتني أيضا أن أتقدم بالشكر لكل الأشخاص الذين ساعدوني من قريب أو بعيد بكل ما استطاعوا من جهد، وأخص بالذكر زملاء الدراسة: سليمة بونعمة، سيد علي دهبية وحليمة بن جاب الله وأيضا عيرش مهدي؛ فلم يبخلوا بمساعدتهم لي منذ بداية البحث حتى تقديمه في شكله النهائي.

إهداء

أهدي عملي المتواضع هذا أولا؛

إلى من كان رضاهما بعد رضا الله منبع سعادتي؛ والديَّ العزيزين أطال الله في عمرهما وأمدهما بالصحة والعافية.

إلى من أتقاسم معهم حب وحنان الوالدين إخوتي وأخواتي الأعزاء أدامهم الله نجوما تضيء سماء الأسرة وزهورا تعطر أرجاء البيت.

إلى كل الأهل والأقارب كل باسمه.

إلى كل من تقاسمت معهم ذكريات الدراسة الجامعية: سومية بوحفص، فريدة رويفد، نادية قدور، كريمة ديلمي، نسرين شرقي، نوال بلجود، خيرة حسني وبريكة ياسمين، نصيرة بن عيدة.

مســــــعودة

الفهــــــرس:

أولا: الإطار المنهجي و النظري للبحث.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

الفصل الثاني: التحولات الديمغرافية وظاهرة التشيخ في العالم.

الفصل الثالث: أنواع الرعاية المختلفة لمشكلات المسنون.

الفصل الرابع: بوادر الشيخوخة السكانية ووضعية المسنين في الجزائر.

الفصل الخامس: الأسرة: وظائفها و دورها في رعاية المسنين.

ثانيا: الإطار الميداني للبحث.

الفصل الأول: تأثير الحالة الصحية للمسن على نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

الفصل الثاني: تأثير المستوى المعيشي على نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

الفصل الثالث: تأثير التضامن الأسري على نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

الفصل الرابع: تأثير مكانة المسن وأدواره على نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

فهرس الجداول:

فهرس الرسومات البيانية

مقدمة

مقدمـــــــــــــة:

إذا كـــان الاهتمـــام بالشـــيخوخة فـــي البدايـــة كـــان منصـــب علـــى معرفـــة المشـــاكل والتغيـرات التـي تحـدث فـي هـذه المرحلـة مـن العمـر مـن خـلال بـروز علـم الشـيخوخة الـذي اخـتص بدراسـة وفهـم التغيـرات التـي تطـرأ فـي هـذه المرحلـة مـن العمـر مـن الجانـب البيولـوجي، ثـم الاهتمـام بتلـك التغيـرات الاجتماعيـة التـي تحـدث للمسـن فـي المجتمع والأسرة من خلال علم الشيخوخة الاجتماعي.

فقـد أصـبح موضـوع رعايـة وحمايـة المسـنين بصـفة عامـة، والرعايـة الصـحية لهـم بصـفة خاصـة مـن بـين أهـم المواضـيع التـي حظيـت بالاهتمـام فـي السـنوات الأخيـرة، وذلـك علـى المسـتويات العالميـة والإقليميـة، ويـأتي هـذا الاهتمـام بهـذه القضـية نتيجـة للدراســات والبحــوث التــي أجرتهــا الهيئــة المختصــة بالمســنين للأمــم المتحــدة، حيــث أشــارت تقـديراتها إلــى ارتفــاع وتزايـد أعـداد المسـنين فـي كثيـر مـن بلـدان العــالم فـي السـنوات الأخيـرة، نتيجـة لارتفـاع مسـتوى الصـحة العلاجيـة والوقائيـة لهـذه البلـدان، ممــا أدى إلــى ارتفــاع أمـل الحيـاة للسـكان، ففـي عـام 1950 قـدر عـدد المسـنين فـي العـالم الـذين يزيـد أعمـارهم عـن 60 سـنة حـوالي 200 مليـون نسـمة، ليصـل إلـى 380 مليـون نسـمة فـي عـام 1985[1]، و قـد بلـغ عـددهم 659 مليـون فـي سـنة 2002[2]، وقـدرت بـــ 11% سـنة 2009، ويتوقـع أن يبلـغ شـخص واحـد مـن 5 أفـراد سـن السـتين، أي بنسـبة 22% وهـذا بحلـول عـام 2050، أمـا فـي المجتمعـات الناميـة فيتوقـع أن تزيـد نسـبة المسـنين لتصل إلى 20% بحلول نفس السنة.[3]

حيـث فرضـت هـذه الزيـادة فـي أعـداد المسـنين زيـادة مماثلـة فـي المطالـب التـي تتعلـق بالرعايــة الصــحية والنفســية والاجتماعيــة، نتيجــة لمختلــف التغيــرات الجســمية والصـحية والاجتماعيـة والاقتصـادية التـي تصـاحب هـذه المرحلـة مـن العمـر، ومـا ينجـر عنهـا ويتبعهـا مـن مشـكلات واحتياجـات مختلفـة والتـي تتطلـب تضـافر جميـع جهود المجتمع بما فيها الأسرة من أجل تقديم العناية والرعاية لها.

وفـي هـذا السـياق نفسـه قـررت الجمعيـة العامـة للأمـم المتحـدة فـي دورتهـا الثالثـة والثلاثـين عـام 1978 تشـكيل جمعيـة عامـة للشـيخوخة، والتـي تـم تأسيسـها سـنة 1982 لدراســة أوضــاع المســنين فــي العــالم، لتــأمين وتــوفير الضــمان الصــحي والاجتمــاعي والاقتصـادي لهـم، وعمـلا بقـرار الأمـم المتحـدة فقـد سـعت واهتمـت الكثيـر مـن الـدول بقضايا المسنين على المستويين الإقليمي والمحلي[4].

---

[1]- عبد الوهاب محمد الظفيري . السياسة الاجتماعية و رعاية المسنين في دولة الكويت ، بـ: **مجلة العلوم الاجتماعية** ، مجلد 29 ، عدد: 1 ، مجلس النشر العلمي : جامعة الكويت ، 2001 ، ص 110 .

[2] - رشيد بن حمد البوسعيدي . اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين، دراسة ميدانية، بـ: **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلد 35، العدد 3، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت،2007، ص 66.

[3]- United Nations, **population Ageing and development**, department of economic and social affairs, 2009, p1.

[4] - جمعة سيد يوسف . **الصحة الجسمية و النفسية للمسنين**، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، 2006، ص 42

وكانت الجزائر من بين الدول التي عملت على حماية هذه الفئة من خلال إجراءات مختلفة من أجل التكفل بهم من جميع النواحي؛ الاقتصادية والاجتماعية والصحية، فسنت قوانين ووضعت أنظمة تضمن رعاية هذه الفئة، وذلك من خلال قانون التأمينات الاجتماعية ونظام التقاعد، وتوفير التأمين الصحي والمالي، بالإضافة إلى تحديد مسؤولية الأسرة إزاء الأشخاص المسنين خاصة الوالدين في النصوص القانونية، باتخاذ إجراءات عملية لصالح الأشخاص المسنين تلزم الأبناء على تحمل مسؤولياتهم اتجاه الوالدين، بالإضافة إلى تدعيم الوظائف الحيوية للأسرة باعتبارها المحيط الطبيعي والمناسب لرعاية وتلبية احتياجات المسن[1].

ومع ما هو ملاحظ في السنوات الأخيرة من ارتفاع في نسبة هذه الفئة، وما أصبحت تتميز به من خصائص سواء من الناحية الصحية أو الناحية الاقتصادية والاجتماعية التي أصبحت تستدعى الكثير من الاهتمام، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تلك الظروف التي تعيشها الأسرة الجزائرية من تراجع في القدرة الشرائية وزيادة متطلبات هذه الفئة، كل هذه الأمور لفتت انتباهنا إلى الاهتمام بدراسة هذه الفئة من جميع الجوانب خاصة من جانب الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن داخل أسرته وعلاقتها بالظروف التي يعيشها هؤلاء المسنين.

وهذا ما حاولنا إبرازه في هذا البحث، ولتسهيل فهم الموضوع قمنا بتقسيم الرسالة إلى جانبين، الجانب النظري الذي ينطوي على خمس فصول، الأول منها خصصناه للجانب المنهجي، والثاني عرضنا من خلاله ظاهرة الشيخوخة الديمغرافية و وضعية المسنين في العالم، في حين خصص الفصل الثالث لإبراز أهم التغيرات التي تطرأ على المسن والمشكلات والاحتياجات المختلفة التي تتطلب أنواع مختلفة من الرعاية، أما الفصل الرابع فخصص لعرض أهم العوامل التي أثرت على بوادر التشيخ في أوساط سكان الجزائر ووضعية المسنين في مجتمعنا، ليشمل الفصل الخامس والأخير من هذا الجانب الكلام عن أنماط الأسرة و الوظائف المتعلقة بها وكذا نوع العلاقات بين أفرادها، وما لها من دور في رعاية المسن.

في حين نجد الجانب الميداني للبحث قد اشتمل على أربع فصول، الأول منها خصصناه لعرض أهم الخصائص لعينة البحث وأيضا تحليل الفرضية الأولى التي حاولنا من خلالها معرفة العلاقة بين الحالة الصحية للمسن ونوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، والفصل الثاني اشتمل على تحليل الفرضية الثانية من خلال معرفة

---

[1] - المجلس الاقتصادي الاجتماعي. **مشروع تقرير حول نظرة الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين و الطفولة المحرومة من الأسرة،** الدورة العامة السابعة عشر، 2001، ص 45.

العلاقة بين المستوى المعشي لأسرة المسن ونوعية الرعاية الصحية المقدمة له، والفصل الثالث لتحليل الفرضية الثالثة لمعرفة تأثير علاقات التضامن في أسرة المسن على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، والفصل الرابع والأخير لتحليل الفرضية الرابعة من أجل معرفة مدى تأثير الخصائص الاقتصادية والاجتماعية التي يتميز بها المسن على الرعاية الصحية التي يتلقاها، لنختم بحثنا بإبراز النتائج العامة للبحث الميداني متبوعا بخاتمة البحث وقائمة المرتجع التي اعتمدنا عليها، والملاحق.

الجانب المنهجي والنظري للبحث

الفصل الأول

أولا: الإطار المنهجي.

1 1 أسباب اختيار الموضوع والهدف من دراسته:

بطبيعة الحال إن اختيار أي شخص لأي موضوع من أجل دراسته تقف وراءه أسباب ودوافع، تختلف من شخص لأخر؛ وهذا حسب اهتمامات الباحث من جهة والأهمية التي يطرحها الموضوع من جهة أخرى.

وعليه نحصر أسباب اختيارنا لهذا الموضوع المعالج في بحثنا كما يلي:

1) الارتفاع الملحوظ لنسبة الأشخاص المسنين في السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري، التي باتت تطرح الكثير من الانشغالات على جميع المستويات.

2) وما زاد من شدة هذه الانشغالات تلك الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والخصائص الصحية بالدرجة الأولى التي باتت تميز هذه الفئة العمرية من السكان، وما انجر عنها من مشكلات واحتياجات مختلفة، خاصة المتعلقة بالجانب الصحي لهم نتيجة كثرة إصابتهم بالأمراض المزمنة.

3) بسبب ما هو ملاحظ من مظاهر تخلي بعض الأسر عن أفرادها المسنين، إما بوضعهم في مراكز المسنين، أو تركهم وإهمالهم في المستشفيات، وهذا في ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تعيشها الأسرة الجزائرية في السنوات الأخيرة.

أما فيما يخص الأهداف المرجوة من هذا البحث نذكر ما يلي:

1) يتمثل الهدف الأساسي من هذا البحث في محاولة معرفة نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن في هذه المرحلة من العمر، وكذلك أهم العوامل التي لها دور في تحديد نوعية هذه الرعاية، سواء تعلقت بالخصائص الاقتصادية والاجتماعية والصحية للمسن، أو تعلقت بالظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها أسرته، وبالتالي معرفة الطرق والحلول التي تساعد على تحسينها.

2) محاولة لفت الانتباه لضرورة الاهتمام بدراسة هذه الفئة المعتبرة من السكان من جميع الجوانب لمعرفة أهم الظروف التي تعيش في ظلها، حتى تتمكن الجهات المعنية من تكييف سياستها وبرامجها المختلفة وفق ما تحتاجه هذه الفئة، وهذا لضمان تكفل جيد بها وتحسين ظروفها المعيشية.

3) محاولة إثراء المعطيات والمعلومات المتوفرة عن هذه الفئة العمرية في المجتمع الجزائري، خاصة أن ملاح التشيخ بدأت تبرز في مجتمعنا.

2 1 الإشكالية:

إذا كانت الرعاية الصحية بجميع جوانبها ضرورية لكل فئات الأعمار، فإنه هذا النوع من الرعاية قد زاد الاهتمام به عند فئة المسنين على المستوى العالمي؛ خاصة في السنوات الأخيرة نظرا لما شهدته من ارتفاع في نسبتها التي بلغت 8% من سكان العالم؛ وبالأخص في الدول الأوربية التي أصبحت تعرف بتشيخ سكانها وهذا بعدما أصبحت نسبة المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة تقدر بـ 16% من مجموع السكان سنة 2009[1]، وما انجر عنها من انعكاسات مختلفة وخاصة في الجانب الصحي، نتيجة انتشار بعض الأمراض التي لها علاقة بشكل كبير بهذه المرحلة من العمر؛ كهشاشة العظام وضعف البصر، وضعف الإدراك والذاكرة (الزهايمر مثلا)، وغيرها من الأمراض المزمنة التي يكثر وتزيد نسبة الإصابة بها في هذا العمر؛ كأمراض القلب والشرايين وداء السكري وضغط الدم[2]؛ وأصبحت تعرف بأمراض الشيخوخة أو أمراض العمر الثالث، والتي أدت بهذه المجتمعات إلى تطوير مجموعة من القوانين والهياكل الخدماتية المتخصصة من أجل ضمان رعاية وعناية أفضل لهذه الفئة، إما من خلال قوانين الحماية الاجتماعية الخاصة بهم (التأمين الصحي وقانون التقاعد)، أو استحداث طب الشيخوخة في الجامعات والمستشفيات، وغيرها من الإجراءات.

وإذا تكلمنا عن هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري فإننا نلاحظ أن فئة المسنين في ارتفاع مستمر وبطيء، فبعدما كانت تقدر بـ 5.8% سنة 1977[3]، ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 7.6% من مجموع السكان عام 2008[4]، ويتوقع أن تصل نسبتهم إلى9.7% بحلول عام 2020[5]، وهذا نتيجة انخفاض معدل الوفيات العام وارتفاع في أمل الحياة عند الولادة، الذي انتقل من 52.6 سنة في عام 1970[6] إلى 75.7 سنة في عام 2008[7].

بالإضافة إلى ارتفاع نسبتهم فإننا نجدهم يتميزون بمجموعة من الخصائص؛ فإذا تطرقنا للجانب الصحي نجدهم يعانون من انتشار الأمراض في أوساطهم خاصة المزمنة منها، وهذا حسب نتائج التحقيق الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002 الذي يبين أن هناك نسبة 66.8% من المسنين يعانون من مرض واحد مزمن على الأقل[8]، مما يجعل هذه الفئة تتميز بجملة من مظاهر العجز والقصور، وحاجتهم إلى مختلف أنواع الرعاية الصحية.

---

[1]-INED, tous les pays du monde 2009, in **: population et société**, n°458, juillet-Aout 2009, p2.

[2]- يحي مرسي عبد بدر. **المسنون في عالم متغير: مقدمة في علم الشيخوخة**، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع: بيروت، الطبعة الأولى، 2007، ص ص 66 – 67 .

[3]- وزارة الصحة والسكان، **السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010**، الجزائر، 2001، ص 10.

[4]- ONS, **R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme**, in **:collections statistiques**, n°142, 2008, p6.

[5]-ONS. projections de population par willaya l'horizon 2030, in : **Collection statistiques**, n°116,Alger,2005, p60.

[6]-وزارة الصحة و السكان.**السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010** ، مرجع سابق. ص13 .

[7]- ONS, démographie Algérienne –2008, in : **Collection de données**, N°520, Alger, 2009, p6.

[8]- الديوان الوطني للإحصائيات و وزارة الصحة و السكان. **المسح الوطني حول صحة الأسرة -2002** ، التقرير النهائي، الجزائر ، 2004، ص 185.

بالإضـــافة إلـــى هــذه الوضـــعية الصـــحية لهـــؤلاء، فـــإنهم يتميـــزون بمجموعـــة مـــن الخصـــائص الاجتماعيـــة والاقتصـــادية التـــي قـــد تـــؤثر علـــى مســـار ونوعيـــة هـــذه الرعايـــة، حيـــث نجـــد أن هـــذه النســـبة مـــن المســـنين تعـــيش وضـــعية اقتصـــادية متـــدهورة؛ نتيجـــة تـــدني وانخفـــاض مـــداخيلهم أو فقـــدانها، ســـواء كـــان ذلـــك يخـــص الأشـــخاص المســـنين الـــذين لا يســـتفيدون مـــن المعاشـــات ولا يمســـهم الضـــمان الاجتمـــاعي للتقاعـــد والـــذين قـــدرت نســـبتهم فـــي عـــام 1998 بــــ 70.55%، أي أكثـــر مـــن مليـــون مســـن مـــن بـــين 1945000 مســـن، وربـــع هـــذا العـــدد فقـــط يســـتفيد مـــن مبـــالغ رمزيـــة عـــن طريـــق المـــنح الجزافيـــة التـــي تمـــنح لهـــم فـــي إطـــار نشـــاطات التضـــامن الـــوطني التـــي لا تلـــب حتـــى الحاجيـــات الضـــرورية لهـــم، أو كـــان يخـــص الأشـــخاص المتقاعـــدون الـــذين يســـتفيدون مـــن معـــاش التقاعـــد والتـــي لا تزيـــد نســـبتهم عـــن 29.45% مـــن إجمـــالي عـــدد المســـنين[1]، خاصـــة وأن قيمـــة المعـــاش الـــذي يتقاضـــاه المســـن بعـــد إحالتـــه علـــى التقاعـــد تبقـــى منخفضـــة ولا تلـــب حاجاتـــه ومصـــاريف علاجـــه المرتفعـــة التـــي تشـــكل لـــه عبئـــا اقتصـــاديا ثقـــيلا، وتعمـــل بـــدورها علـــى تراجـــع وتـــدهور كـــل من مكانتهم، أدوارهم ونمط حياتهم في المجتمع والأسرة.

تضـــاف إليهـــا تلـــك الظـــروف الاجتماعيـــة التـــي يعيشـــها المســـن داخـــل أســـرته، نتيجـــة التغيـــرات التـــي حصـــلت للأســـرة الجزائريـــة والتـــي تظهـــر مـــن خـــلال تقلـــص حجمهـــا بســـبب ميـــول الأســـرة الجزائريـــة إلـــى الـــنمط النـــووي وتراجـــع الـــنمط الممتـــد[2]، ومـــا انجـــر عنـــه مـــن تخلـــي هـــذه الأســـر عـــن بعـــض وظائفهـــا إلـــى مؤسســـات أخـــرى، ومـــا صـــاحبه أيضـــا مـــن تغيـــر مكانـــــة وأدوار أفرادهـــــا نتيجـــــة ارتفـــــاع المســـــتوى التعليمـــــي للمـــــرأة وخروجهـــــا للعمـــــل المـــــأجور خـــــارج المنـــــزل[3]، إضـــــافة إلـــــى مختلـــــف التغيـــــرات الثقافيـــــة والاجتماعيـــــة والاقتصـــادية، التـــي أدت إلـــى تراجـــع وســـوء العلاقـــات الأســـرية بـــين أفرادهـــا وبـــالأخص بـــين جيـــل الشـــباب وجيـــل الشـــيوخ، وتفكـــك علاقـــات التكافـــل والتضـــامن العـــائلي التـــي كانـــت تميـــز الأســـرة التقليديـــة، وتهمـــيش هـــذه الفئـــة وأصـــبحوا يعتبرونهـــا فئـــة تشـــكل عبئـــا اقتصـــاديا ثقـــيلا، مقابـــل الصـــعوبات والمشـــاكل الاقتصـــادية التـــي تعـــاني منهـــا أغلـــب الأســـر الجزائريـــة نتيجـــــة تـــــدني وانخفـــــاض قيمـــــة المـــــداخيل وبالتـــــالي انخفـــــاض المســـــتوى المعيشـــــي لهـــــا، بالإضافة إلى ما تعانيه من أزمة في السكن وضيقه.[4]

فكـــل هـــذه التغيـــرات والمشـــكلات التـــي يعـــاني منهـــا المســـنين فـــي الجزائـــر، وبـــالأخص المشـــكلات الصـــحية، التـــي تتطلـــب زيـــادة فـــي مختلـــف أنـــواع الرعايـــة والحمايـــة والاهتمـــام بهـــم أكثـــر مـــن طـــرف جميـــع أفـــراد المجتمـــع ومؤسســـاته، خاصـــة الأســـرة التـــي تعتبـــر الوحـــدة الأساســـية لبنـــاء المجتمـــع؛ نظـــرا لمـــا تتيحـــه مـــن اســـتقرار اجتمـــاعي لجميـــع أفرادهـــا،

---

[1]- المجلس الاقتصادي الاجتماعي. **نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين و الطفولة المحرومة من الأسرة**، مرجع سابق، ص ص 34-38 .

[2]-ONS, **R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme**. opcit. P 16-17: تبين هذه الإحصائيات تقلص في حجم الأسرة حيث انخفض متوسط عدد أفراد كل أسرة من 7.1 في سنة 1987 إلى 5.9 أفراد في كل أسرة في سنة 2008

[3]- مصطفى بوتفنوشات، **العائلة الجزائرية : الخصائص و التطورات الحديثة**، تر: أحمد دمري، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ،1984، ص284.

[4]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير الوطني: نظرة حول الإقصاء الاجتماعي، مرجع سابق، ص ص 29- 31.

فهي المحيط الطبيعي والملائم لتقديم الرعاية والحماية لهذه الفئة العمرية[1]، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تلك الخصائص والظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تعيش في ظلها الأسرة الجزائرية، يدفعنا إلى التساؤل على مدى إمكانية أسرنا الجزائرية على توفير الرعاية الصحية اللازمة لأفرادها المسنين، وما هي أهم العوامل والظروف التي تتحكم في نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسنين؟

1) هل للوضعية والخصائص الصحية لهؤلاء المسنين تأثير على نوعية هذه الرعاية الصحية المقدمة لهم؟

2) وهل للمستوى المعيشي للأسرة تأثير على نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهم؟

3) وهل لنمط الأسرة وطبيعة علاقات التضامن والتكافل الأسري بين أفرادها تأثير على نوع هذه الرعاية؟

4) وهل لتراجع أدوار ومكانة المسنين داخل أسرهم نتيجة تراجع مداخيلهم وتدهور الحالة الاقتصادية لهم أو ترملهم لها علاقة بنوع الرعاية الصحية المقدمة لهم؟

3- الفرضيات:

كل التساؤلات السابقة سنحاول الإجابة عنها من خلال الفرضيات التالية:

1) كلما ساءت الحالة الصحية للمسنين وزادت إصابتهم بأمراض مزمنة كلما تدهورت وتراجعت نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهم من طرف أفراد أسرهم.

2) كلما ساء المستوى المعيشي للأسرة وانخفضت مداخيلها كلما تراجعت وتدهورت نوع الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

3) كلما كانت الأسرة تميل إلى النمط النووي وكانت العلاقات الأسرية تتميز بتراجع التكافل والتضامن الأسريين بين أفرادها كلما ساءت وتدهورت نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

4) تراجع أدوار ومكانة المسنين الاجتماعية والاقتصادية داخل أسرهم نتيجة تراجع مداخيلهم المالية وتدهور وضعيتهم الاقتصادية يؤدي إلى تدهور نوع الرعاية الصحية المقدمة لهم.

[1]- أيمن مزاهرة و آخرون. **علم اجتماع الصحة**، دار البازوردي العلمية للنشر و التوزيع؛ عمان ، الطبعة الأولى ، 2003 ، ص 126 .

4- تحديد المفاهيم والمصطلحات:

4-1 تعريف المسن:

إذا كان من المتفق عليه أن المسن هو ذلك الشخص الذي بلغ مرحلة الشيخوخة المرتبطة بالتقدم في السن، وما يرافقه من ظهور مجموعة من التغيرات التي تأتي في مقدمتها التغيرات البيولوجية نتيجة تراجع وضعف الجسم في أداء وظائفه الحيوية.

غير أن الباحثون لم يتفقوا على تعريف شامل للشيخوخة، ويعود السبب في ذلك إلى أنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المرحلة الأخيرة من حياة الفرد مرتبطة بالتقدم في السن فقط، ولكنها حالة تتأثر أيضا بفسيولوجية الفرد ونفسيته، وبالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها.[1]

ولذلك نجد أن هناك عدة مقاييس تستعمل للاستدلال على مرحلة الشيخوخة حسب وجهات نظر الباحثين المهتمين بهذه المرحلة من العمر:

4-1-1 من الجانب البيولوجي: يركز البيولوجيين في تعريفهم لمرحلة الشيخوخة على التغيرات الصحية والنفسية والجسمية التي تحدث في هذه المرحلة؛ والتي تبدأ حسب هؤلاء على الأقل مع انتهاء مرحلة الرشد وتستمر طيلة فترة حياة الشخص، ويعرفونها على أنها:" نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن عند الفرد بعد إتمام عملية النضج، وهذه التغيرات الاضمحلالية تمس كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والغددية وحتى العصبية والفكرية"،[2] أي أنها باختصار:" السن الذي ينتهي فيه نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها"[3].

4-1-2 من الجانب الاجتماعي: يركز الباحثين في هذا المجال عند تعريف المسن أو مرحلة الشيخوخة على تلك التغيرات التي تحدث في أدوار الفرد وعلاقاته داخل البناء الاجتماعي ومع أفراد عائلته، وأصدقائه وزملاء العمل، وغيرها من الأعضاء، حيث تعرف هذه المرحلة بأنها مرحلة تراجع وخسارة مجموعة من الأدوار والعلاقات التي ذكرت سابقا[4]، ولكن تحديد السن الذي تتم فيه تلك التغيرات يبقى مرتبطا باختلاف الثقافة السائدة في كل مجتمع، واختلافها أيضا من جيل لآخر[5].

4-1-3 من الجانب الزمني: فإن الباحثين في هذا المجال يركزون على طول فترة الحياة كمؤشر لذلك، حيث يرون أنه إذا كان السن معروف عليه منذ زمن طويل أنه يستعمل

---

[1]- هدى محمد قناوي. **سيكولوجية المسنين**، مركز التنمية البشرية والمعلومات؛ الجيزة، الطبعة الأولى، 1987، ص3.
[2] - نفس المرجع، ص 17,
[3]- أحمد زكي بدوي. **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (انجليزي- فرنسي- عربي)**، مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح: بيروت، الطبعة الثانية ، 1986 ، ص 12 .
[4]- هدى محمد قناوي، مرجع سابق، ص79.
[5] -Organisation mondiale de la santé, **La santé des personnes âgées**, série de rapports techniques 779, Genève, 1989, p8.

في تحديد المدة التي يعيشها الإنسان، فإنه مع التطورات الحديثة نتيجة انخفاض معدل الوفيات والتي انعكست على العمر الزمني المتوقع الذي عرف ارتفاعا في ظل التحسن في الجانب الصحي، وبهذه الإمكانيات في مجال الصحية لم يصبح من أهداف هذه الهياكل الصحية رفع أمل الحياة فقط ولكن أصبحت تهدف إلى عيش الإنسان عمر أطول وخال من كل مظاهر العجز[1].

ولهذا فإن الجمعية العامة للأمم المتحدة ومنذ سنة 1980 حددت سن السنين(60) كبداية في الدخول إلى مرحلة الشيخوخة، وأصبح يعرف المسن على أنه ذلك الشخص الذي يبلغ عمره 60 سنة أو أكثر[2].

حيث أنها لم تحدد هذا العمر الزمني بطريقة اعتباطية لتعريف الشخص المسن، بل وضعته بعد اطلاعها على جميع التقارير التي تصف مرحلة الشيخوخة من جميع الجوانب؛ الزمنية والبيولوجية وحتى الاجتماعية والاقتصادية، وبطبيعة الحال مع مراعاة تلك الاختلافات من بلد لآخر[3]، كما أن هذا المقياس يعتبر الأكثر استعمالا لأنه يستجيب لمجموعة من المقاييس الاجتماعية والاقتصادية، لاسيما فترة الإحالة على التقاعد.[4]

4 1 4 من وجهة النظر الاقتصادية: فإنه كثيرا ما يستعان للدلالة على بداية مرحلة الشيخوخة بسن التقاعد والخروج من القوة العاملة وما يصاحبه من وانخفاض في الدخل وهبوط الحالة المعنوية وتراجع في العلاقات والأدوار التي كان يقوم بها فيما سبق، خاصة في المجتمعات التي لها سن قانوني للانسحاب من العمل، حيث أن كثير من الأشخاص يوضع نهاية لنشاطهم الاقتصادي بحجة العجز في مرحلة الشيخوخة[5]، وهذه الفكرة انتشرت مع الثورة الصناعية وما عرفته المجتمعات من تطور في أساليب الإنتاج، والبناء الأسري، والتطورات السريعة في المجال التكنولوجي وما تتطلبه من ضرورة تحديد المهارات، كانوا يرون أنه من الضروري وضع التشريعات والقوانين التي تنظم العلاقة بين أصحاب العمل والعمال وتحديد الحقوق التي يتمتع بها هؤلاء العمال، وخاصة ما يتعلق بتقاعد العمال والإحالة على المعاش في سن معين أين يفقد فيه هؤلاء العمال جزءا كبيرا من قدراتهم الفيزيقية، فيصبحون عاجزين عن ممارسة الأعمال الشاقة، أو يفقدون جزءا من قدرتهم على التركيز والتدقيق في العمل[6].

---

[1] - IBID, p8

[2]- محمد سيد فهمي. **الرعاية الاجتماعية للمسنين**، المكتب الجامعي الحديث: الإسكندرية ، 1999. ص ص 24-25 .

[3]- Organisation mondiale de la santé, **La santé des personnes âgées,** opcit,p8

[4] -IBID, p8

[5]- IBID, p8

[6]- يسرى دعبس . **أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة: دراسة أنثروبولوجية مقارنة**، الملتقى المصري للإبداع و التنمية : الإسكندرية ، الطبعة الأولى ، 2002 ، ص 22 .

لذلك فإننا نجد أن إدارة الضمان الاجتماعي في أغلب الدول في العالم، حددته بدءا من سن 65 سنة، خاصة في الدول المتقدمة، واختيار بقية البلدان سن 60 سنة واعتماده كسن للتقاعد والانسحاب من قوة العمل لهذه الفئة.

والجزائر بدورها وضعت قانون للتقاعد يتماشى مع الوضعية الديمغرافية من جهة والوضعية الاقتصادية من جهة أخرى، حيث حددت فيه سن 60 سنة بالنسبة للرجال و55 سنة بالنسبة للنساء كسن للتقاعد[1].

وما يمكن قوله في مرحلة الشيخوخة أنه بقدر ما هي عملية بيولوجية فإنها أيضا عملية اجتماعية واقتصادية، لهذا يمكن أن نجمل القول بأنها نتاج التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية، ورغم عدم ترابطها والذي صعب الأمر في تحديد سن واحد تبدأ فيه هذه المرحلة، وتنطبق على المسن جميع الخصائص التي ذكرت سابقا، فإننا نجد أن المجتمعات والدول في العالم ككل أصبحت تميل إلى تحديد سن تبدأ فيه هذه المرحلة من العمر يتراوح ما بين سن الستين(60) والخامسة والستين (65)، وهذا الاختلاف يعود في الأساس إلى الأولويات الاقتصادية في ظل الخصائص الديمغرافية لكل بلد.

4-1-5 التعريف الإجرائي للمسن:

من خلال ما سبق من تعريفات لمفهوم المسن، فإن تعريف المسن في بحثنا هو: كل شخص يبلغ من العمر 60 سنة فأكثر كما حدده قانون التقاعد في الجزائر، والذي يتميز بمجوعة من الخصائص الصحية والاجتماعية والاقتصادية المصاحبة لهذه المرحلة من العمر.

4-2 تعريف أمراض الشيخوخة:

طبقا لما يعانيه المسن من أمراض مصاحبة لعملية الشيخوخة، فإنه يوجد نمطين أو نوعين من الأمراض التي تصيبه هي:

4-2-1 أمراض حتمية:

وهي الشيخوخة بحد ذاتها، حيث أنها حتمية وغير قابلة للعلاج، وسوف يصاب بها كل إنسان إذا ما امتد به العمر نتيجة ما يميز هذه المرحلة من الضعف والاضمحلال التدريجي للقدرات الجسدية والأحاسيس والطاقة، حيث نجد من بين أنواع هذا النمط : أمراض الأوعية الدموية (تصلب الشرايين) وهشاشة العظام، وكذا الضعف في حاستي السمع والرؤية، وكذلك ضعف الذاكرة والإدراك.[2]

[1]- أحمد التيجاني بلعروسي، **قانون الضمان الاجتماعي**، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004، ص ص7-8.
[2]- يحي مرسي عبد بدر، مرجع سابق، ص ص74-75.

4-2- 2 الأمراض ذات النتائج الأخطر كلما تقدموا في العمر:

وهي تشمل مرض الأنفلونزا وانتفاخ الرئة، وأمراض أخرى مثل : مرض السكري وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والأورام الخبيثة مثل السرطان ، رغم أن هذه الأمراض ليست لها علاقة بهذه الفئة العمرية بالذات بل تمس جميع الفئات العمرية، إلا أنها سميت بهذا الاسم لأنها تشكل حقا خطورة على هذه الفئة نتيجة ما يشهده الجسم في هذه المرحلة من ضعف وتدهور في معظم أجهزته (الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، وجهاز المناعة)، وبالتالي تراجع هذه الأجهزة في أداء أدوارها بصفة جيدة[1].

ومهما يكن فإن من المظاهر العامة لأمراض الشيخوخة نجد أن المسنين لا يصابون بمرض واحد فقط بل يصابون بعدة أمراض في نفس الوقت وعادة ما تكون هذه الأمراض مزمنة، مما يزيد صعوبة التكفل بهم ورعايتهم من الناحية الصحية.

4-3 الرعاية الصحية للمسنين:

4-3-1 تعريف الرعاية الصحية:

هي مجموع الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها[2].

كما يشير مفهوم الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد إلى جانب الرعاية الطبية ، وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود المبذولة من طرف كل النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض[3].

كما نجد من بين أهم المستويات للرعاية الصحية: الرعاية الصحية الذاتية، وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد أو العائلة مسؤولية رعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها، والتي يتعرضون إليها في حياتهم اليومية، ومما لاشك فيه أن هذا المستوى من الرعاية يتوقف على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة، ومدى إدراكهم للأمور التي تستوجب ذلك[4].

4-3-2 تعريف الرعاية الصحية للمسنين:

إن الشيخوخة لا تختلف عن أية مرحلة عمرية أخرى من حيث أن لها أنواعا من الرعاية الصحية يجب أن تحظى بها، والواقع أن الرعاية الصحية في فترة الشيخوخة ترتكز على أساسين: وقائي وعلاجي؛ فمن حيث الأساس العلاجي لابد أولا من العمل

---

[1]- نفس المرجع، ص ص 75-80 .
[2]- أيمن مزاهرة و آخرون. مرجع سابق، ص 67 .
[3]- نفس المرجع، ص67 .
[4]- نفس المرجع، ص70.

على علاج المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته، وأما الأساس الوقائي فيتمثل في إبعاد المسن عن مجموعة من المواد الغذائية الضارة بحالته وحثه على التمرس بمجموعة من الأنشطة الجسمية كالمشي وغير ذلك، وذلك حتى لا يكون عرضة للإصابة بأمراض معينة[1].

كما أن هذه الرعاية تعتمد أكثر على الحالة الصحية للمسنين والإمكانيات المتاحة لأسرته وفي بيئته، ولهذا يتطلب من الجميع العناية قدر الإمكان بصحة المسن، وذلك من خلال القيام بمراقبة التطورات المرضية له، والاعتناء بنظافته الشخصية والعامة، وكذا الاهتمام به من خلال تناوله الغذاء الصحي والمتوازن، وتجنيبه العادات السيئة مثل التدخين وشرب الكحول، بالإضافة إلى إتباع أساليب وقائية من الحوادث والإصابات.

ولا يتأتى ذلك إلا من خلال ثلاث أنماط للرعاية، الأول المتمثل في الرعية الأولية التقليدية في ظل الأسرة، والثاني الرعاية الطبية الأولية، والثالثة في الرعاية الطبية المتخصصة في أمراض الشيخوخة وذلك بوضع مصالح خاصة بذلك.[2]

4-3-4 التعريف الإجرائي للرعاية الصحية للمسنين:

نظرا لتعدد وكثرة المؤشرات التي تقيس هذا النوع من الرعاية لفئة المسنين؛ فإننا في بحثنا هذا حددناها ببعض المؤشرات، حيث نجدها تتمثل في الجانب العلاجي لها؛ بدرجة الحرص على المتابعة الدائمة للحالة الصحية له، والمسارعة في القيام بذلك، وأيضا نوعية هذه الرعاية من خلال اختيار القطاع الصحي نظرا لخصوصية خدمات كل قطاع في الجزائر، وتخصص الطبيب الذي تتم عنده، وأيضا نوع العلاج المتبع لعلاج تلك الأمراض، واقتصرنا في الجانب الوقائي على أهم إجراءين المتمثلين في القيام بالفحص الطبي الدوري، وإتباع الحمية الغذائية وتناول غذاء متوازن من حيث المواد الغذائية المكونة له وعدد الوجبات في اليوم.

4-4 تعريف الأسرة:

تعتبر الأسرة من بين الوحدات الأساسية التي يتكون منها التركيب الاجتماعي، والتي لديها وظائف وأدوار تجاه أفرادها وتجاه المجتمع بصفة عامة، فالأسرة تعني بوجه عام: "جماعة صغيرة ذات أدوار ومراكز اجتماعية مثل: زوج و زوجة، أب وأم، أخ وأخت، يربطهم رباط الدم والزواج أو التبني، ويشتركون في مسكن واحد ويتعاونون اقتصاديا." أما برجس ولوك يعرفان الأسرة بأنها: "جماعة من الأشخاص يرتبطون بروابط الدم والزواج والتبني، ويعيشون معيشة واحدة، ويتفاعلون كل مع

[1]- هدى محمد قناوي،مرجع سابق، ص121.

[2]- Organisation mondiale de la santé, **La santé des personnes âgées**, opcit, p66.

الآخر في حدود أدوار الزوج والزوجة، الأب والأم، الأخ والأخت، ويشكلون ثقافة واحدة."[1]

لكن ضعف تعريف برجس للعائلة أو الأسرة يكمن في عدم تمييزه بين عوامل المجتمع الواحد، فنجد تعريفه ينطبق أكثر على الأسرة النووية، وبالتالي إهماله لنمط الأسرة الممتد. حيث نجد أن:

1-4-4 الأسرة الممتدة: هي الأسرة التي تجمع في كيان واحد أكثر من أسرة، أي أن الأسرة الممتدة تتكون من ثلاث أجيال: الزوج والزوجة و أبنائهم المتزوجين وزوجاتهم وأطفالهم غير المتزوجين وبناتهم وربما أشخاص آخرين.[2]

2-4-4 الأسرة النووية: هو مصطلح اجتماعي يطلق على الأسرة التي تتكون من الزوجين وأبنائهم غير المتزوجين، هذه الأسرة التي تعتبر وحدة مستقلة عن وحدات المجتمع المحلي، وفي هذه الحالة يجد الفرد نفسه ينتمي إلى أسرتين نوويتين: الأسرة النووية التي تربى فيها والتي تعرف باسم أسرة التوجيه، والثانية التي يقوم فيها بدور الأب: وهي أسرة التكاثر.[3]

3-4-4 التعريف الإجرائي للأسرة:

من خلال التعريفات السابقة، وكذلك من خلال الخصائص التي تميز المجتمع وكذا الأسرة الجزائرية، فإننا سنعرف الأسرة على أنها:" جماعة من الأشخاص تربطهم روابط الدم والزواج، ويعيشون معيشة واحدة، سواء كانوا بذلك يشكلون أسرة نووية تقتصر على وجود الأب والأم والأبناء غير المتزوجين فقط، أو أسرة ممتدة تضم في كنفها بالإضافة إلى الزوجين وأطفالهما أيضا الأبناء المتزوجين، أو الجدين، أو أحد الأعمام أو الأخوال."

5-4 تعريف المركز أو المكانة الاجتماعية للمسن:

يمكن القول أن مصطلح المركز الاجتماعي ينطبق من ناحية المعنى مع مصطلح المكانة الاجتماعية، حيث لا توجد تعريفات دقيقة توضح معنى هذه المصطلحات، فأول من استعمل هذا المفهوم العالم "راد كليف براون" عندما أراد تحديد النقطة التي يحتلها الفرد في التركيب الاجتماعي، ففي بنية العلاقات القرابية مثلا هناك مراكز كثيرة مثل: مركز الأب، الأم، الابن، البنت، وهذه المراكز جميعها هي أحكام ومقاييس أخلاقية واجتماعية تحدد السلوك (الدور) الاجتماعي اليومي للفرد.[4]

حيث يعرف المركز أو المكانة الاجتماعية على أنه وضع الشخص أو الأسرة أو الجماعة القرابية بالنسبة للأشخاص أو الأسر أو جماعات القرابة في النسق

[1]- دينكن ميتشل. **معجم علم الاجتماع**، تر: إحسان محمد حسن ، دار الطليعة: بيروت ، الطبعة الثانية ، 1986، ص 97.
[2]- عدنان أبو مصلح. **معجم علم الاجتماع**، دار أسامة و المشرق الثقافي للنشر و التوزيع: عمان ، الطبعة الأولى، 2006 ، ص 19 .
[3]- نفس المرجع، ص ص23-24.
[4]- دينكن ميتشل. مرجع سابق، ص203.

الاجتماعي، ويحدد هذا الأمر حقوق وواجبات وسلوك الآخرين بما في ذلك طبيعة ومدى العلاقات مع أشخاص من مراكز اجتماعية أخرى.[1]

كما أن هذه المكانة الاجتماعية تتأثر بعدة متغيرات؛ أهمها الثقافة والتربية والتعليم، والدخل، الملكية، والحرفة وبقية النشطات والفعاليات التي يقوم بها الفرد في أي نسق من أنساق المجتمع.[2]

التعريف الإجرائي لمكانة المسن:

من خلال ما سبق فإن المسن لديه مكانة تميزه في هذه المرحلة من العمر تتحكم فيها مجموعة من المتغيرات، فالمكانة الاجتماعية (الاحترام والتقدير، الاستشارة من طرف الأبناء) تحددها التربية والتنشئة السائدة في المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة، والمكانة الاقتصادية (معال/معيل) والتي تحددها الوضعية المهنية (متقاعد/غير متقاعد) التي بدورها تحدد قيمة الدخل الذي يملكه المسن، وهذه المكانة سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية تختلف من مسن لآخر وذلك حسب العوامل المحيطة به، فإنها تتأثر بتلك الأدوار التي يقوم بها المسن في هذه المرحلة من العمر.

6-4 تعريف الدور الاجتماعي:

إذا كان بعض المفكرين يعرفون الدور الاجتماعي على أنه عبارة عما هو متوقع من سلوك في وضع اجتماعي أو مكانة اجتماعية محددة، فإن البعض الآخر يرى أن الوضع(position) هو الاسم الذي يطلق على دور اجتماعي معين، أو الوسيلة المستخدمة في تحديده، ولذلك نجد هذين المصطلحين (وضع/دور) يستخدم أحدها مكان الآخر في الكتابات التي تتناول هذا الموضوع، كما يتضح من خلال المثال: أن وضع الطبيب يحدد بمجموعة معينة من السلوك المتوقع والذي من خلاله يحدد دور الطبيب، أي أنه لكي نعرف الوضع الاجتماعي ينبغي أن نقرر الخصائص الضرورية للسلوك أو الدور المتوقع.[3]

أي أن التعريف السوسيولوجي كمقابل للتعريف المنطقي هو: أن نحدد كل أوصاف الدور وفي ضوء هذا المعنى فإننا لا نستطيع فصل مصطلحي الدور والوضع عن بعضهما[4].

التعريف الإجرائي لدور المسن:

من خلال ما سبق، فإن الأدوار التي يؤديها الأفراد تختلف باختلاف العمر والوظيفة و المكانة، وبالتالي فإن لهذه الفئة أدوار خاصة بها، سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية، كباقي الفئات العمرية الأخرى، إلا أن هذه الأدوار في هذه

[1]- عبد الهادي الجوهري. **معجم علم الاجتماع**، المكتب الجامعي الحديث: الإسكندرية، 1999، ص232.
[2] - دينكن ميتشل. مرجع سابق، ص210.
[3]- عبد الهادي الجوهري ، مرجع سابق، ص 94 .
[4]-نفس المرجع، ص94.

المرحلة من العمر تعرف تدهورا وتراجعا، مثل خسارة دور العمل نتيجة التقاعد، وخسارة دور الزوج نتيجة الترمل، إلى جانب خسارة هذين الدورين هناك خسارة مماثلة في الفرص المادية مثل فقدان الدخل، وتسيير ميزانية وشؤون المنزل.....إلخ، بالتالي فالمسن يدخل بها خانة المعالين بعد أن كان هو المعيل الوحيد أو الأساسي للأسرة، أي أن خصائص الأدوار التي يتميز بها في هذه المرحلة من العمر تحدد مكانته داخل الأسرة.

في الأخير ما يمكننا قوله عن علاقة الدور بالمكانة أو المكانة بالدور هي علاقة تبادلية، حيث يمكن للدور أن يمنح مكانة معينة مرتبطة به، كما يمكن للمكانة الاجتماعية أن تحدد الأدوار الواجب القيام بها، وبالتالي فإن المسن في هذه المرحلة من العمر تبقى مكانته في الأسرة أو في المجتمع التي يحافظ عليها أو يكتسبها تتحدد بتلك الأدوار التي يخسرها أو يكتسبها في هذا العمر.

7-4 علاقات التضامن والتكافل الأسري:

1-7-4 تعريف التضامن:

هو مصطلح شاع استعماله منذ أن استخدمه "أغوست كونت،auguste comte" للدلالة على عملية التآزر والاعتماد المتبادل كما يظهر في الحياة الاجتماعية، ويرجع معناه الأصلي إلى التشريع الروماني حيث كانت تشير إلى تضامن الفرد مع جماعته في تحمل المسؤولية[1].

وعندما نتكلم عن هذا المصطلح في علم الاجتماع فإننا نرجع بالضرورة إلى أطروحة عالم الاجتماع "إميل دوركايم،Durkheim Emile" بعنوان "تقسيم العمل الاجتماعي"(سنة 1893)، وفي هذا المرجع قد استعمل دوركايم مفهومين للتضامن الاجتماعي وهما؛ التضامن الآلي(solidarité mécanique) والتضامن العضوي(solidarité organique)، وهذا من منطلق الشرح الذي قدمه لفهم التطور في المجتمعات الإنسانية.[2]

حيث كان يرى أن التضامن الآلي يميز المجتمعات التقليدية، ذلك أن هذا الشكل من التضامن قائم على التشابه والتجانس الاجتماعي بين أفراد المجتمع الذي يضمنه اشتراكهم في جميع القيم والمعتقدات(خاصة في الأسرة)، في حين أن التضامن العضوي يميز المجتمعات الحديثة، والذي يقوم على مبدأ الاختلاف وعدم التجانس الاجتماعي لأفراده، نتيجة التطور الذي عرفته هذه المجتمعات في وسائل الإنتاج؛

[1]- عدنان أبو مصلح، مرجع سابق، ص 132.

[2]- Raymond Boudon, Philippe Besnard, Mohamed Cherkaoui, **Dictionnaire de sociologie, Larousse**, impression imprimeries groupe c.p.i à saint Amand-Montrond,2003, p222.

وما أفرزه من تقسيم العمل إلى وظائف متخصصة، التي كان يرى بأنها تجعل الأفراد يعتمدون على بعضهم البعض ويتعاونون فيما بينهم.[1]

ولهذا إميل دوركايم يري بأن وحدة الجماعة ليست أقل تماسكا في المجتمعات الحديثة، لأن الأفراد في هذا المجتمع يمارسون مهن متكاملة، وكل هذا ناتج بالضرورة على تقسيم العمل الاجتماعي، حيث أنه في هذا النمط من المجتمعات الضمير الجمعي الذي يعني أنه:" مجموعة من المعتقدات والقيم والمشاعر المشتركة التي تظهر في ممارسات الأعضاء في مجتمع ما، يتجه نحو التناقص، ولهذا فإن الحاجة إلى التماسك تفرض التعاون المنظم بين الأفراد من أجل تحمل الأخطار المحتملة في اختلال النظام وبشكل خاص في عالم الشغل.[2]

وفي الطبعة الثانية من هذا الكتاب(1902) التي أظهر فيه مجموعة من التخصصات في العمل التي لها دور مهم تلعبه في وضع وضبط التنظيم الضروري للتضامن العضوي، وأظهر فيه أيضا مفهوم التضامن الذي انتشر وأصبح يميل إلى فكرة المطلب الاجتماعي.

أي أن عملية التضامن بين أعضاء المجتمع قد عرفت تطورا، فبعدما كانت تتم بطريقة آلية تحكمها القيم والمعتقدات السائدة في المجتمع أو في جماعة ما، فإن المجتمعات الحديثة نظرا للتغيرات التي طرأت عليها نتيجة تقسيم العمل أصبحت بحاجة إلى تنظيم أكثر لهذه العملية، وضرورة وضع قوانين وهيئات تشرف عليها لتطبيق هذا النوع من التضامن، وهذا ما هو معمول به الآن، سواء من خلال سياسات التضامن التي تقوم على العمل على تقديم المساعدات للأشخاص الذين هم بحاجة إليها، أو من خلال جعل التضامن كمبدأ تقوم علية قوانين الحماية الاجتماعية، التي نجد منها قانون التأمين على خطر الشيخوخة أو ما يعرف بقانون التقاعد، وهذا لا يمنع وجود النمط الأول من التضامن(الآلي) في هذه المجتمعات الذي يعتمد عليه بعض الأعضاء خاصة بين أفراد الأسرة ولكنه لم يعد كافيا.

4-7-2 التكافل أو التضامن الأسري:

وعندما نتكلم عن التضامن في الأسرة فإننا نجده مرتبطا بتلك الظروف التي تمر بها الأسرة والموافق المختلفة التي تحتاج الأسرة وفي أحيان ليست بقليلة إلى وقوف أفرادها مع بعضهم البعض للتغلب عليها وتجاوز آثارها، فالوقوف مع الأب مثلا والمساهمة في دعم مجهوده لتحسين الوضع الاقتصادي للعائلة يعني تكافلا عائليا، ومساعدة الأخ لأخيه الأصغر ماديا لإكمال دراسته أو زواجه، أو إشراك جميع أفراد العائلة ومساهمتهم في تشييد دار العائلة يعتبر أيضا تكافلا اجتماعيا يوفر قدرا من

[1]- IBID,p222.
[2]- IBID,p222.

التماسك، وبالمقابل فإن ترك الأب المسن والأم العجوز في دار المسنين يخالف رغبتهم يعبر على انعدام التكافل، الذي يبين وجود ضعف في التماسك فيما بينهم[1].

3-7-4 التعريف الإجرائي للتكافل أو التضامن الأسري:

من خلال ما سبق ذكره، فإننا نقصد بالتكافل أو التضامن الأسري في هذا البحث هو: مدى وقوف أفراد الأسرة أو العائلة إلى جانب أفرادهم المسنين في تقديم المساعدة بمختلف أشكالها، سواء كانت مادية من خلال المساهمة في ميزانية الأسرة، أو تقديم المساعدة المالية للمسن لتوفير مصاريف الرعاية الصحية بجانبيها الوقائي والعلاجي، أو كانت معنوية كالمساعدة في تقديم الرعاية الصحية لهم وحرصهم على ذلك؛ وهذا لا يتم إلا عن طريق تخصيص وقت يستغل في توفير ما يحتاجه المسن من تقديم تغذية صحية له، والقيام على نظافته، وتذكيره بمواعيد الدواء أو تقديمه له، أو مرافقته للطبيب إذا تطلب الأمر ذلك، أو زيارته عندما يمرض بالنسبة للأبناء الذين لا يقيمون معه.

8-4 تعريف المستوى المعيشي للأسرة:

يتحدد المستوى المعيشي بمقدار السلع والخدمات التي يستطيع الفرد أو الأسرة أو الفئة الاجتماعية أو الشعب كله الحصول عليها، وهذا المقدار من السلع والخدمات يتحدد بدوره وفقا لدرجة التقدم الحضاري أو التكوين الطبقي للمجتمع والوظيفة الاجتماعية لتلك السلع والخدمات.[2]

التعريف الإجرائي للمستوي المعيشي للأسرة:

من خلال التعريف السابق الذي يربط المستوى المعيشي سواء للمجتمع أو الأسرة بالتقدم الحضاري والتطور الاقتصادي؛ الذي تختلف درجته من بلد لآخر، ومن خلال الخصوصية الاقتصادية للجزائر من جهة، وتعدد المحددات التي يُعتمد عليها في تحديد المستوى المعشي لسكانها من جهة أخرى، فقد اعتمدنا على المؤشرات التي تشمل كل من: قيمة الدخل الشهري للفرد أو للأسرة، وعدد السلع الضرورية والسلع الكمالية التي تملكها؛ نذكر منها: نوع المسكن والظروف المحيطة به من حيث كثافة الغرف أو توفره على عدد معين من التجهيزات ضرورية كانت أو كمالية (مثلا: توفره على الغاز والكهرباء وارتباطه بشبكة المياه الصالحة للشرب،...إلخ)، هذه المحددات أو المؤشرات كلما ارتفعت أو تحسنت ارتفع وتحسن المستوى المعيشي معها، والعكس صحيح.

[1]- عدنان أبو مصلح، مرجع سابق، ص ص140- 141.
[2]- أحمد زكي بدوي، مرجع سابق، ص407.

5 -الإجراءات المنهجية المتبعة في البحث الميداني:

5-1 المنهج المتبع:

عموما يعرف المنهج على أنه:" مجموعة من العمليات المنظمة تسعى لبلوغ هدف معين"[1]، ويعرفه البعض على أنه: "الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم، بواسطة مجموعة من القواعد التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.[2]"

ولذلك فإنه من الطبيعي أو الضروري عند القيام بأي دراسة أو إنجاز أي بحث علمي إتباع منهج معين أو أكثر لتنظيم الأفكار وتحليلها وعرضها للوصول إلى نتائج حول الدراسة، كما أنه يبقى لطبيعة الموضوع والهدف منه الدور الأساسي إن لم نقل الوحيد في تحديد المنهج المناسب والأفضل للقيام بأي بحث أو دراسة.

ونظرا لطبيعة الموضوع المتمثل في دراسة أهم العوامل والظروف المتحكمة في نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسنين في الأسرة الجزائرية" والذي كان الهدف منه اختبار فرضيات البحث، ومن خلال محاولة تحليل وتفسير العلاقة التي تجمع نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن بالمتغيرات المستقلة التي حددناها فيما سبق، فقد اخترنا المنهجين التاليين اللذين وجدناهما أكثر ملائمة لتحقيق أهداف هذا البحث:

❖ <u>المنهج الوصفي</u>: والذي يعرف على أنه: " شكل من أشكال الوصف والتحليل والتفسير العلمي، بغية وصف الظاهرة كما وكيفا بواسطة جمع المعلومات النظرية والمعطيات الميدانية، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة."[3]

أي أن المنهج الوصفي لا يقتصر على الوصف الدقيق للظاهرة المدروسة بل يتعدى ذلك إلى جمع البيانات عنها من الميدان، ووصف الظروف والممارسات المختلفة التي جرت فيها العملية، وتحليل هذه البيانات وقياسها وتفسيرها وبالتالي الخروج بنتائج يمكن تعميمها في إطار معين.[4]

كما أنه من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار المنهج الوصفي، أنه يعتبر المنهج الأكثر ملائمة واستعمالا في البحوث الاجتماعية، خاصة إذا كانت تشتمل على الجانب الميداني، وهذا نظرا لما يتضمنه من خطوات علمية التي تساعد وتسهل انجاز أي بحث من بدايته حتى نهايته.

---

[1] - موريس أنجرس <u>. **مناهج البحث العلمي في العلوم الإنسانية**</u>، تر: بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2004، ص 311.
[2] - جدير مانيو، <u>**منهجية البحث؛ دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه**</u>، تر: ملكة أبيض، تنسيق: محمد عبد النبي السيد غانم، (طبعة إلكترونية)، (د.ت)، ص 72.
[3]- رشيد زرواتي . <u>**مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**</u>، شركة دار الهدى للنشر والطباعة والتوزيع، الجزائر، ط1، 2007، ص86.
[4]- بلقاسم سلاطنية وحسان الجيلاني<u>. **منهجية العلوم الاجتماعية**</u>، شركة دار الهدى للنشر والطباعة والتوزيع، الجزائر، 2004، ص ص167-168.

ولهذا فقد استعنا به منذ البداية لوصف موضوعنا المدروس والمتعلق بالرعاية الصحية للمسنين؛ بدء من تحديد وضبط الإشكالية البحث وصياغة فرضياته وتحديد المفاهيم الأساسية له، وهذا في ظل تلك المعلومات المتعلقة بالموضوع التي تمكنا من جمعها وتوظيفها في عرض فصول الجانب النظري، وسنواصل الاعتماد عليه في تحليل معطيات الجانب الميداني باستكمال خطواته المتعلقة بهذا الجانب؛ والتي تتمثل في تحديد عينة البحث، والأدوات التي تستعمل لجمع المعطيات منها، وهذا من أجل تنظيمها حسب أهداف بحثا وتحليلها وتفسيرها، واستخلاص وعرض أهم النتائج.

❖ المنهج الكمي: كما أننا استعنا بالمنهج الكمي الذي يعرف على أنه:" مجموعة من الإجراءات لقياس الظاهرة، إما ترتيبية، أو عددية باستعمال الحساب؛ مثل النسب والمتوسطات أو الأدوات التي يوفرها الإحصاء بصفة عامة."[1]وهذا الأمر يتعلق أكثر بالجانب الميداني خاصة عند تحليل الجداول المركبة الخاصة بفرضيات البحث من خلال الاستعانة ببعض المقاييس الإحصائية (مقاييس الارتباط، ومعامل اختبار استقلالية الظواهر كا[2]).

2-5 العينة وكيفية اختيارها:

من بين الإجراءات الأساسية والمهمة عند انجاز البحوث الميدانية تحديد مجتمع البحث، وإذا تعذر على الباحث أخذ كل مفرداته لسبب من الأسباب فإنه يكتفي بأخذ عينة منه والتي تعرف بأنها:"جزء من مجتمع الدراسة، الذي تجمع منه البيانات الميدانية، ويؤخذ هذا الجزء على أساس أنه ممثل لهذا المجتمع."[2]، ذلك أن درجة صحة المعلومات المتحصل عليها من الميدان ودقة النتائج وإمكانية تعميمها مرتبطا ارتباطا كبيرا بدرجة تمثيلية العينة للمجتمع المدروس، والتي تتبع لسحبها إجراءات تسمى بالمعاينة الاحتمالية، ولكن هذه الإجراءات في الاختيار لا يمكن تطبيقها في كل البحوث لعدة أسباب نجد أهمها عدم توفر قائمة لكل مفردات مجتمع البحث والتي تسمى "بقاعدة السبر"، تليها في بعض الأحيان قلة الإمكانيات وضيق الوقت[3].

ونظرا لعدم تمكننا من الحصول على إطار المعاينة لمجتمع بحثنا والمتمثلة في قائمة بأسماء وعناوين المسنين الذين يقطنون بمدينة الجزائر، فقد اخترنا نوع من العينات غير الاحتمالية، والمتمثلة في العينة العرضية (القصدية):" وهي عينة يتم سحب مفرداتها وفق ما يليق بالباحث وتلاءم أغراض بحثه."[4] ولهذا فإنه عند اختيار أفراد العينة الذين سنملأ معهم استمارة البحث، يجب أن تتوفر فيهم الشروط التالية:

-المسنون من الجنسين الذين بلغوا من العمر 60 سنة فأكثر.

1- موريس أنجرس، مرجع سابق، ص 100.
2- رشيد زرواتي، مرجع سابق، ص334.
3- موريس أنجرس، مرجع سابق، ص ص310،309.
4- نفس المرجع، ص311.

-يعيشون في وسط عائلي(لا يدخل في العينة المسنون في دور العجزة أو المشردون).

-يقيمون في مدينة الجزائر إقامة دائمة.

3-5 التقنية المستعملة:

في العادة يتم الاعتماد في البحوث العلمية خاصة الميدانية على تقنيات معينة ومعروفة والتي تعرف بأنها:"وسائل أو أدوات تقصي مستعملة منهجيا لجمع المعطيات من الواقع." والتي تخضع في اختيارها إلى طبيعة الموضوع وأهدافه، وبالتالي هي تعكس الطريقة أو المنهج المتبع في دراسته، ولهذا قد اخترنا في بحثنا هذا تقنية الاستمارة لأنها الأداة الأكثر ملائمة في البحوث التي تعتمد على المنهج الكمي أو الوصفي على حد سواء، والتي تعرف على أنها:"مجموعة من الأسئلة تطرح لأفراد عينة البحث، والتي تعطينا إجابات قابلة للعرض الكمي والتحليل والتفسير والتركيب للوصول إلى نتائج تجيب على تساؤلات الإشكالية وفرضيات البحث."[1] ولنكون أكثر دقة وتحديدا فقد استعنا بالاستمارة بالمقابلة:" وهي عبارة عن وجيز أسئلة يطرحها الباحث ويقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المبحوث."[2]

وقد وقع اختيارنا بالتحديد على هذه الطريقة في ملء الاستمارة نظرا لمعرفتنا المسبقة للخصائص التي يتميز بها المجتمع المعني بالدراسة المتعلقة بالمستوى التعليمي لهم، فحسب ما تشير إليه نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة أن نسبة 83% من مجموع المسنين البالغين 60 سنة فما فوق هم أميون (94% عند النساء، 73% عند الرجال.)[3]، كما أن هذه الطريقة أيضا تتيح لنا تبسيط وتوضيح الأمور التي لا يستطيع فهمها المسن، وبهذه الطريقة كذلك نضمن الإجابة على كل الأسئلة التي تتضمنها الاستمارة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تتيح لنا هذه الطريقة الاحتكاك والتفاعل مباشرة مع المسنين والتعرف على أوضاعهم عن قرب، وهذا الأمر سيساعدنا كثيرا عند الشروع في تحليل جداول الخاصة بالجانب الميداني.

ووفقا لما تتطلبه فرضيات البحث من مؤشرات لتحقيق أهدف البحث والتحقق من صحتها قد تم تصميم استمارة بحثنا التي اشتملت على 56 سؤالا من بينها 10 أسئلة مفتوحة، و12 سؤالا نصف موجه(مغلق) وهذا تحسبا لإضافات جديدة يقدمها المبحوث لم تخطر ببالنا وتخدم موضوع البحث، والعدد المتبقي من الأسئلة نجدها مغلقة، حيث كان مجموع هذه الأسئلة موزعا على ثلاث محاور أساسية كالآتي:

---

[1]- رشيد زرواتي، مرجع سابق ص 220.
[2]- موريس أنجرس، مرجع سابق، ص206.
[3] - وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني لصحة الأسرة-2002، مرجع سابق، ص174.

المحور الأول: يخص البيانات الشخصية للمبحوثين، والذي تضمن 8 أسئلة كانت كلها مغلقة استثناء سؤال واحد المتعلق بقيمة المعاش أو الدخل الذي يحصل عليه المسن.

المحور الثاني: الذي تضمن الجانب الاقتصادي والاجتماعي للمبحوثين وأسرهم، وحاولنا حصر هذا الجانب بطرح 28 سؤالا، منها 3 أسئلة مفتوحة، و07 أسئلة نصف مغلقة.

المحور الثالث: الذي خصصناه لطرح 25 سؤالا متعلقا بالخصائص الصحية للمبحوثين ونوع الرعاية المقدمة لهم، من بينها 6 أسئلة مفتوحة، و4 أسئلة نصف مغلقة.

4-5 مجالات الدراسة:

1-4-5 المجال المكاني:

لقد تم انجاز بحثنا الميداني في مدينة الجزائر؛ وهي العاصمة السياسية والاقتصادية للجزائر، التي تضم 57 بلدية، هذه المدينة الشمالية الساحلية يحدها من الشمال البحر المتوسط، ولها حدود مع ولاية بومرداس من الجهة الشرقية، وولاية البليدة جنوبا، وولاية تيبازة من الجهة الغربية، والتي تتربع على مساحة تقدر بـ 67.640 هكتار، كما قدر عدد سكانها بـ 2.880.162 نسمة؛ حسب التعداد الأخير الذي أجري سنة 2008[1]، وموزعين على الفئات العمرية حسب الجنس كالآتي:

جدول رقم 1: توزيع سكان العاصمة حسب الفئات العمرية والجنس لسنة 2008.

الجنس / فئات السن	الذكور	الإناث	المجموع
أقل من 15 سنة	364408	348478	712886
15-59 سنة	954075	946765	1900840
60 فأكثر	125557	134227	259748
غير مبين	2794	3856	6650
المجموع	1.446.835	1.433.327	2.880.162

Source: R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, in: **collections statistiques**, n°142, 2008, p45.

ومن المعطيات الموجودة في الجدول قمنا بعملية التنسيب لفئة المسنين والتي وجدناها تقدر في هذه المدينة بـ 9% من مجموع سكانها، وهي نسبة مرتفعة إذا قارناها بالنسبة الوطنية المقدرة بـ 7.6% من مجموع سكان الجزائر.

[1]-ONS, **R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme**, opcit, p45.

ونظرا لضيق الوقت من جهة ومحدودية إمكانياتنا المادية من جهة أخرى عند نزولنا إلى الميدان لملء الاستمارات؛ فقد اقتصر ترددنا على بعض البلديات التي هي قريبة من مكان إقامتنا، أين تم التركيز على وسط المدينة والجهة الغربية منها (بلدية الجزائر الوسطى، بلدية باب الوادي، الأبيار، دالي إبراهيم) نظرا لمعرفتنا الجيدة لهذه المناطق وأيضا لسهولة التنقل إلها والتحرك فيها بحرية أكثر، بالإضافة إلى ما تحوزه من حدائق وأماكن عمومية تستقطب المسنين، إلا أننا لم نهملْ أطراف المدينة حيث توجهنا إلى المناطق الأقرب إلى منطقة سكننا مثل: (الدويرة وبابا حسن) والتي تتميز أكثر بالطابع الريفي.

أما عن الأماكن التي فكرنا في قصدها في بادئ الأمر من منطلق إمكانية أن يتواجد فيها المسنين بأعداد معتبرة؛ تمثلت في الحدائق العمومية بالدرجة الأولى، والمستشفيات عند ذهابهم لتلقي العلاج، والمساجد (الجناح الخاص بالنساء)، أو مراكز البريد أين يكثر عددهم في نهاية كل شهر لسحب معاشاتهم، حيث تكونت لنا هذه الفكرة عن هذه الأماكن من خلال الملاحظة التي كنا نقوم بها في كل مرة يتسنى لنا زيارتها أو المرور بها، ولكن عند نزولنا إلى الميدان واحتكاكنا بهذه الفئة في الأماكن التي ذكرناها، فقد وجدنا صعوبات للتكلم مع المسنين في بعض الأماكن، خاصة التي يكون فيها المسن ينتظر دوره لقضاء مآربه التي جاء من أجلها (في المستشفيات ومراكز البريد) وتزيد هذه الصعوبة إذا كان برفقة أحد أفراد العائلة، ولذلك لم نتمكن من ملء أي استمارة في هذه الأماكن، لنقتصر بعد ذلك على الحدائق العمومية وبعض المساجد (الجناح الخاص بالنساء)، والتي واجهتنا فيها أيضا صعوبات ولكن بدراجات أقل مقارنة بالأماكن الأخرى؛ ففيما يخص الصعوبة التي واجهتنا في الحدائق هو رفض المسنين التعامل معنا عندما نجدهم في مجموعة (5-10 مسنين) يتبادلون أطراف الحديث أو يروحون على أنفسهم، فإنه بمجرد رفض واحد منهم التحدث معنا يرفض البقية التعامل معنا، وكذلك هو الحال بالنسبة للنساء في المساجد التي ركزنا عليها بصفة أساسية لملء الاستمارات مع النساء المسنات نظرا لقلة عدد النساء أو انعدام ترددهن في بعض الأحيان إلى الحدائق.

2-4-5 المجال الزماني للبحث:

لقد استغرقنا عند القيام بالبحث الميداني قرابة الشهريين؛ وهذا بدء من يوم 01 / 2010/12 إلى غاية 2011/01/25، حيث تم هذا على مرحلتين، فالمرحلة الأولى التي دامت عشرة أيام (من 01 إلى 2010/12/10) قمنا فيها بالبحث الاستطلاعي الذي كان الهدف منه اختبار استمارة البحث قبل النزول بها بصفة نهائية إلى الميدان لملئها، سواء لمعرفة النقص الذي يعتريها وإكماله أو التعرف على درجة الدقة في طرح بعض الأسئلة الموجود في الاستمارة وضبطها، وأيضا التعرف على ردة فعل المبحوثين ومدى تجاوبهم مع استمارة البحث، حيث قمنا بملء 09 استمارات، تم

تفريغ معطياتها المبدئية واستخراج بعض الجداول لمعرفة مدى نجاعة وصحة الارتباطات في الجداول التخيلية التي تعتبر الخطوة الأولى من خطوات بناء الاستمارة، وبالفعل فبعد هذه العملية تم تعديل أسئلة الاستمارة وضبطها بإضافة بعض الأسئلة التي تخدم الموضوع، وحذف البعض الأخر الذي لم نجد له أهمية، والوصول إلي الصيغة النهائية لها التي عرضناها على الأستاذ المشرف، وتمت الموافقة على نزولنا بها إلى الميدان.

وبذلك بدأت المرحلة الثانية لهذا الجانب التي امتدت من 2010/01/10 إلى 2011/01/25 (أي مدة شهر ونصف)، حيث كان يتم ملء من استمارة واحدة إلى عشر استمارات في اليوم، وفي بعض الأوقات لم نستطع ملء ولو استمارة واحدة في اليوم، وأحيانا تستغرق هذه الوضعية عدة أيام متصلة، وكان راجع هذا إلى سببين أساسيين: الأول هو الطقس الذي كان يميز المدينة فترة إجرائنا للبحث الميداني وهي فترة الشتاء التي تميزت بهطول الأمطار وبرودة الطقس غير الملائمة لإيجاد المسنين؛ خاصة وأننا نعتمد بصفة أساسية على الحدائق العمومية لإيجاد أفراد عيينتنا، والسبب الثاني نسبة الرفض الكبيرة التي تلقيناها من المسنين، نتيجة كرهم التحدث مع الصحفيين باعتقادهم أننا من الصحافة أو من جهات حكومية، وزادت نسبة الرفض بعد تلك الاحتجاجات على الوضع المعيشي التي حدثت في بداية شهر جانفي.

كما كنا نستغرق لملء استمارة واحدة 20 دقيقة في المتوسط، وهذه المدة الطويلة نوعا ما كانت تعود بطبيعة الحال لخصائص المسنين، خاصة المتعلقة بضعف السمع عند البعض مما يضطرنا إلى إعادة السؤال أكثر من مرة، أو نتيجة جعل هذه المقابلة لملء استمارة من طرف المسن كفرصة لتحدث عن مشاكله(خاصة المتعلقة بالجانب الاقتصادي لهم) أو مشاكل أفراد أسرته(ما يعيشونه من مشكل البطالة، وضيق السكن، وتأخر في سن الزواج عند الشباب....إلخ.) وهذا كان يدفعنا في كثير من الأحيان إلى مقاطعته بطريقة لبقة ومواصلة طرح الأسئلة المتعلقة بالاستمارة.

3-4-5 المجال البشري:

بعد النزول إلى الميدان واستغراقنا حوالي شهر ونصف و وفقا للشروط التي حددناها سابقا؛ تمكنا من ملء 170 استمارة مع المسنين من الجنسين (69% رجال، 31% نساء) والذين تراوحت أعمارهم ما بين 60 و95 سنة، أي بمتوسط عمر قدر عند حسابه بـ 73 سنة، وأغلبهم يقيمون في الوسط الخضري لمدينة الجزائر بنسبة 68.8% مقابل 30.8% من يقطنون في المناطق الريفية، وهذا في وسط عائلي؛ بنسبة 57% في أسر نووية، 43% في أسر ممتدة.

5-5 معالجة البيانات إحصائيا:

وبعد النزول إلى الميدان وتمكننا من جمع المعطيات اللازمة من أفراد العينة التي تمكنا من مقابلتها، تأتي مرحلة معالجة هذه البيانات، حيث استعنا بمجموعة من الأدوات للتفريغ والتحليل، وكان ذلك بعد الانتهاء من عملية غلق الأسئلة المفتوحة والنصف مغلقة وترميزها.

فلتفريغ هذه المعطيات تمت الاستعانة بالنظام الالكتروني للحزم الإحصائية (SPSS)، وبعد عملية صب البيانات في هذا النظام، تلتها عملية استخراج الجداول البسيطة لاستخدامها في وصف خصائص عينة البحث، وبناء الجداول المركبة ومضاعفة التركيب التي تخدم فرضيات البحث.

أما فيما يخص أدوات تحليل البيانات فقد تم الاستعانة بالمقاييس الإحصائية(حسابها عن طريق نظام SPSS) والمتمثلة في المتوسط والمنوال عندما يتعلق الأمر بالجداول البسيطة، والاستعانة بمعامل استقلالية الظواهر كا^2 لاختبار الفروض، وبمعاملات الارتباط؛ كمعامل التوافق، ومعامل سبيرمان، لقياس اتجاه ودرجة ارتباط المتغيرات المستقلة بالظاهرة المدروسة، عندما يتعلق الأمر بالجداول المركبة.

الفصل الثاني

أولا: التحولات الديمغرافية في العالم

بحلول عام 2009 بلغ عدد سكان العالم ما يقارب 6.810 مليار نسمة، وبمعدل نمو قدر بـ 1.2%[1]، هذا المعدل الذي عرف انخفاضا بعدما كان يقدر سنة 1985 بـ1.6%، وهذا راجع إلى هبوط مستويات الخصوبة لمجموع سكان العالم، حيث كان يقدر معدل الولادات الخام سنة 1985 بـ27‰، وبمؤشر تركيبي للخصوبة قدر بـ 3.7 طفل لكل امرأة[2] الذي تقلص إلى معدل 20 ‰، وبمتوسط عدد أطفال قدر بـ 2.6 طفل لكل امرأة، وما رافقه من انخفاض في معدل الوفيات العام الذي بلغ 8 ‰؛ بالخصوص معدل وفيات الأطفال الرضع المقدر بـ 46‰ في سنة 2009[3].

غير أن هذا الانخفاض في معدل الزيادة الطبيعية لم يكن متشابها وبنفس الدرجة في جميع بلدان العالم، إذ نلاحظ أن هناك تباين في هذا المعدل سواء بين القارات أو دول هذه القارات، ومن أهم هذه التباينات تلك التي نجدها بين ما يطلق عليها البلدان المتقدمة صناعيا، والتي يتواجد معظمها في قارتي أوربا وأمريكا وبين بلدان العالم الثالث المتخلفة التي لم تصل بعد إلى مثل هذا التقدم الصناعي[4]، حيث نجد أن قارة أوربا بلغ فيها معدل النمو الطبيعي للسكان المعدل الصفري في سنة 2009 نتيجة التساوي في معدلي الولادات والوفيات واللذان قدرا بـ 11‰، كما نجد في قارة أمريكا معدل النمو السنوي يقدر بـ 1%، وأعلى منه بقليل في قارة آسيا بمعدل 1.2%، ليسجل أكبر ارتفاع له في قارة إفريقيا وبمعدل نمو طبيعي سنوي قدر بـ 2.4%[5]، ليبقى هذا التباين والانخفاض الملاحظ في معدل النمو الطبيعي ملازما للتقدم الصناعي الذي بدأ في سنة 1760 في الدول الأوربية، عكس ما هو موجود في البلدان المتخلفة صناعيا.

حيث يعكس هذا التفاوت والتباين في معدل النمو الطبيعي للسكان تلك التحولات الديمغرافية المختلفة التي تشهدها مختلف بلدان العالم، لنجد أن التقدم الصناعي هذا قد لعب دورا أساسيا في التأثير على تلك المعدلات الديمغرافية المختلفة، خاصة المتعلقة بمعدلات الولادات والوفيات والظواهر الديمغرافية الأخرى كالهجرة والزواج، وبالتالي تأثيره على أنماط الانتقال الديمغرافي.

لنجد أن البلدان الصناعية خاصة بلدان شمال غرب أوربا الذي بدأ فيها التطور والتقدم الصناعي بطريقة فعالة في القرن التاسع عشر، الذي صاحبه في الوقت نفسه التقدم في المجالات المتعلقة بالطب الوقائي والعلاجي، الذي ساهم في خفض نسبة الوفيات، هذا بالإضافة إلى التقدم الاقتصادي وما ارتبط به من تغيرات أساسية في

---

[1] -INED. tous les pays du monde(2009) , n°458, opcit, p8.
[2] -INED. tous les pays du monde (1985), in : **population et societé**, n°195,juillet-Aout 1985, p2.
[3] -INED. tous les pays du monde(2009),n°458, opcit, p 2.
[4]- حسن الساعاتي وعبد الحميد لطفي. **دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر: بيروت، 1981، ص18 .
[5] -INED. tous les pays du monde(2009), n°458, opcit, pp2-6.

العادات والنظم الاجتماعية والتحسن والارتفاع في المستوى التعليمي، وأيضا في المستوى المعيشي، ومختلف التغيرات الثقافية والاجتماعية التي أثرت على خفض نسبة المواليد قبل أن تصل فيها نسبة الوفيات إلى أخفض معدلاتها، مما جعل معدل النمو الطبيعي لها لا يرتفع ولا يصل إلى المستوى أو المعدل الذي عرفته البلدان المتخلفة صناعيا، التي كانت ومازالت تستفيد من التقدم نفسه الذي حدث في الجانب الطبي والعلاجي، الذي استعانت به لخفض نسبة الوفيات، ولكن دون أن يصاحب هذا التطور الطبي، التقدم في الجانب الاقتصادي والتغيرات في الجوانب الثقافية والاجتماعية التي رافقت التقدم الصناعي في الدول الأوربية[1]، لذلك بقي معدل الولادات مرتفعا مقارنة بمعدل الوفيات الذي انخفض في فترة قصيرة من الزمن، الأمر الذي أدى إلى ارتفاع معدل النمو الطبيعي، الذي جاء نتيجة التحكم في الأمراض وليس نتيجة التقدم الاقتصادي، وما كان يتطلبه من تغير في العادات والنظم الاجتماعية والتي تتطلب وقتا معتبرا من الزمن لتحدث[2]، مما أدى إلى الانفجار الديمغرافي في هذه البلدان، الذي جعلها تتبع وتنتهج سياسات سكانية مختلفة لخفض معدل الزيادة، قصد الحد من الضغط الذي يمارسه النمو السكاني على الموارد الاقتصادية، معيقا بذلك التنمية الاقتصادية لهذه البلدان.

فهذا التأثير الذي لعبه عامل التطور والتقدم الصناعي على أنماط ومراحل الانتقال الديمغرافي، من خلال ما صاحبه من تغيرات اقتصادية واجتماعية وثقافية، قد جعل لهذه المراحل والأنماط لهذا الانتقال خصائص من خلال الفترات الزمنية التي حدثت فيها، أومن خلال المدة الزمنية التي استغرقتها تلك البلدان، أومن خلال درجة اكتمال هذه المراحل، والتي قابلها أيضا خصائص في التأثير على التركيبة العمرية للسكان، لتبقى درجة هذا التأثير متوقفة على ذلك الاختلاف في الخصائص المميزة لتلك المراحل في الدول المتقدمة التي اكتمل فيها التحول الديمغرافي وبلوغها المرحلة الأخيرة منه، وبين تلك الدول النامية التي مازالت بعضها في المراحل الأولى، وأخرى قد بلغت مراحل متقدمة منه، هذا الأمر الذي سنتطرق إليه من خلال عرض الوضعية الديمغرافية الحالية لبلدان العالم حسب خصائص هذه البلدان.

1-1 التحولات الديمغرافية في الدول المتقدمة:

نصطلح كلمة "الانتقال الديمغرافي" على تقدم أي مجتمع واجتيازه نمط ديمغرافي كان يتميز بوفيات عالية وخصوبة عالية جدا، وبلوغه نمط جديد والذي تكون فيه الخصوبة منخفضة ووفيات أكثر انخفاضا، فاستعمال هذا المصطلح -الانتقال الديمغرافي- يدل على الاعتماد في وصف التطور والتحول في نمو السكان

[1]- حسن الساعاتي و عبد الحميد لطفي، مرجع سابق، ص21.
[2]- نفس المرجع، ص21.

في العالم المعاصر بتقسيمه إلى مراحل وأنماط[1]، ووصف الوضعية الديمغرافية للسكان في كل نمط، من خلال عرض أهم المؤشرات الديمغرافية التي كان لمجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الأثر الكبير في تطورها في الدول المتقدمة وبالأخص الدول الأوروبية، والتي ساهمت في هذا الانتقال من المرحلة الأولى لهذه العملية التي عرفها العالم إلى المرحلة الثالثة والأخيرة التي يعيشها الآن العالم المتقدم.

هذه المرحلة الأولى التي تبدأ من عصر ما قبل الزراعة قد تميزت بمعدلات مرتفعة لكل من الوفيات والولادات التي لم تسمح بزيادة نمو السكان، بل كان السكان في هذه الفترة مهددون بخطر الزوال، واستمرارها أيضا خلال الاثنا عشر ألف سنة بين اكتشاف الزراعة وحتى قيام الثورة الصناعية، وما تميزت به بالبطء الشديد في معدل الزيادة في نمو السكان[2]، حيث تميزت بخصوبة كانت مرتفعة وصلت في فرنسا على سبيل المثال في منتصف القرن 18 إلى حدود 6 أطفال في المتوسط لكل امرأة، وبمعدل ولادات قدر بـ 40‰[3]، وبوفيات أيضا كانت تشهد ارتفاعا، حيث يولد الكثير من الأطفال ولكن معظمهم كانوا يموتون قبل وصولهم إلى سن البلوغ، حيث أنه كان من بين 10 أطفال نجد 6 منهم فقط يبقون على قيد الحياة حتى سن 20 سنة.

إلا أنه مع بداية الثورة الصناعية وما تبعها من تحقيق قفزات في التكنولوجيا الصناعية أحدثت تحولا ديمغرافيا، لتنتقل هذه الدول إلى نمط ديمغرافي آخر بدخولها المرحلة الثانية منه؛ والتي تميزت بالانخفاض في الوفيات نتيجة التحسن والتقدم في الرعاية الصحية وتقدم الطب الذي ساهم في القضاء على الأمراض والأوبئة الفتاكة، بالأخص ذلك المعدل المتعلق بوفيات الأطفال الرضع، الذي بلغ معدل وفاة مولود جديد واحد من كل 100 ولادة حية قبل بلوغهم 20 سنة[4]، ليرتفع بذلك معدل النمو الطبيعي في هذه المرحلة إلى معدل لم يتعدى 1.5%[5].

ومع التطور والتقدم الاقتصادي وبلوغ مستوى من الرفاهية، وما تبعه من تغيرات اجتماعية وثقافية، أصبح الأزواج الجدد يحددون عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم وقيامهم بتنظيم النسل باستعمال الوسائل المتوفرة والمسموح بها، مؤدية بذلك إلى الانخفاض التدريجي في مستويات الخصوبة، التي وصل معدلها في فرنسا على سبيل المثال إلى طفلين لكل امرأة في المتوسط في بداية القرن 21، فكل هذه التغيرات أدت إلى التحول والانتقال الديمغرافي الذي يحمل بدوره بذرة نمط

---

[1] -INED. la transition démographique en occident, in : **population et société**, n°127, septembre 1979, p1.

[2]- لستر ر براون. **من أجل الإنسان إستراتيجية لتثبيت عدد سكان العالم**،تر:سمير حسنين،مكتبة غريب: القاهرة،1979 ،ص22 .

[3] - INED. le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, in : **population et société,** n°457, juin2009, p4.

[4]-Ibid, p4

[5]- علي عبد الرازق جلبي. **علم اجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية، الطبعة الرابعة، 1999، ص355.

ديمغرافي جديد، الذي عرفته الدول المتقدمة بعد تطور الصناعة في نهاية القرن التاسع عشر، وزادت ملامحه وضوحا في القرن العشرين بعد الحرب العالمية الثانية، ببلوغها المرحلة الأخيرة من هذا الانتقال الذي يتميز بالانخفاض في معدلات الولادات واستمرار الانخفاض في معدل الوفيات.

وهذا الاستمرار في الانخفاض لهذه المعدلات الديمغرافية في هذه الدول مازلنا نلاحظه في السنوات الأخيرة، والتي تؤكدها الإحصائيات، حيث تبقى الدول الأوروبية مع باقي الدول الأخرى المتقدمة لشمال قارة أمريكا ودولة اليابان، تسجل أخفض المعدلات الديمغرافية المسجلة في العالم مقارنة بغيرها من البلدان، فبحلول سنة 2009 سجلت القارة الأوربية معدل نمو سنوي يساوي الصفر، وبمعدل خصوبة قدر في المتوسط بـ 1.6 طفل لكل امرأة، كما أن أخفض معدل نمو فيها ذلك الذي سجل في دول المنطقة الشرقية لها بمعدل نمو سنوي قدر بـ 0.3- %، وبمعدل ولادات قدر بـ 11‰، ومعدل وفيات قدرت بـ 14‰، كما نجد أن ألمانيا وإيطاليا وأوكرانيا وإسلندا وليتوانيا وإسبانيا من بين الدول الأوربية التي تعرف أخفض مستويات للخصوبة، وهي تتراوح مابين 1.3-1.5 طفل لكل امرأة[1]، بالإضافة إلى اليابان الذي هو من البلدان المتقدمة خارج أوروبا، والذي قد سجل أيضا معدل خصوبة منخفض قدر بـ1.3 طفل لكل امرأة، هذا بالمقارنة بالدول الأوروبية الأخرى; كفرنسا وإسلندا وكوسوفو التي تبقى تحافظ على معدل خصوبة مرتفع قليلا، يتراوح مابين 2- 2.5 طفل لكل امرأة، والذي نجده في دول شمال أمريكا يقدر بـ 2 طفل لكل امرأة، كما هو مبين في الجدول التالي، الذي يعرض بعض المؤشرات الديمغرافية لبعض الدول المتقدمة في سنة 2009[2].

---

[1] - INED. tous les pays du monde 2009, in **: population et société**, n°458, opcit, pp 3-4.
[2] - IBID, pp 3-4.

جدول رقم 2: يبين بعض المؤشرات الديمغرافية لبعض الدول المتقدمة في سنة 2009

المعدلات / المنطقة	معدل النمو الطبيعي(%)	معدل الولادات(‰)	معدل الوفيات(‰)	معدل وفيات الأطفال الرضع(‰)	المؤشر التركيبي للخصوبة(طفل/امرأة)
أوربا	0.00	11	11	6	1.5
أوربا الشمالية	0.3	13	10	4	1.9
ليتوانيا	-0.4	10	14	9	1.4
السويد	0.2	12	10	2	1.9
أسلندا	0.9	15	6	3	2.1
أوربا الغربية	0.1	10	9	4	1.6
ألمانيا	-0.2	8	10	4	1.3
فرنسا	0.4	13	9	4	2
أوربا الشرقية	-0.3	11	14	8	1.5
أوكرانيا	-0.5	11	16	10	1.4
روسيا	-0,3	12	15	9	1.5
بولونيا	0.1	11	10	6	1.4
أوربا الجنوبية	0.1	10	9	5	1.4
إيطاليا	0.00	10	10	4	1.4
إسبانيا	0.3	11	8	4	1.4
ألبانيا	0.5	10	5	6	1.3
كوسفو	1.5	21	7	33	2.5
أمريكا	1	17	7	18	2.2
أمريكا الشمالية	0.7	14	8	6	2
الو-م-أ	0.6	14	8	7	2.1
كندا	0.4	11	7	5	1.6
اليابان	0.00	9	9	3	1.3

Source: INED, tous les pays du monde 2009, in; **population et société**, n°458, juillet-Aout 2009, p 3-4.

هذا الانخفاض المستمر لمعدل النمو السنوي لسكان هذه الدول، والذي يجعل أحيانا عدد سكان هذه الدول في ثبات أو تناقص لولا الحركة الهجرية الدولية التي تعرفها هذه الدول، يبقى دائما مرتبطا بأهم عاملين لهذا التحول الديمغرافي المتمثلان في الوفيات والولادات، وذلك من خلال استمرار انخفاض معدل الوفيات الذي وصل في الدول الأوربية إلى معدل 11 ‰، وفي دول شمال أمريكا إلى معدل 8‰، وهذا في ظل الاستمرار في التحسن في الخدمات الصحية من خلال تقدم المعرفة والتكنولوجيات المطبقة في مجالات الصحة والطب، ليبقى من بين أهم الأسباب للوفيات لهذه البلدان تلك المتعلقة بالأمراض الصعب علاجها مثل السرطان وأمراض القلب، وغيرها من الأمراض التي تميز هذه المرحلة من الانتقال الوبائي، التي تكثر فيها الأمراض الانتكاسية التي تصيب فئة العمر الثالث.

وهذا بالموازاة أيضا في استمرار انخفاض معدل الولادات ومعدل الخصوبة وبفارق طفيف على معدل الوفيات وأحيانا يكون أقل منه، والتي سجلت أخفض معدل لها في كل من ألمانيا واليابان حيث قدر بـ 1.3 طفل لكل امرأة، والذي يبقى دون مستوى معدل تعويض الأجيال الذي يقدر معدله بـ2.1 طفل لكل امرأة، وبمعدل ولادات قدر بـ8 ‰، وهذا الانخفاض الذي عرفه معدل الولادات في بداية الستينات، يرجع إلى عدة عوامل اقتصادية، واجتماعية، وثقافية التي أثرت على هذا المعدل،

حيث أن عمليات التنمية المصاحبة للثورة الصناعية وما نشأ عنها من مدن صناعية كبرى، التي أدت إلى ظهور النموذج النووي للأسرة، التي تتسم بالحجم الصغير لها وتراجع النمط الممتد الذي كان يتميز به النمط الزراعي، نتيجة لجوء الأسر إلى تقليص عدد ولاداتها نتيجة ارتفاع التكلفة الاقتصادية لهم، من خلال إتباعها عملية تنظيم النسل واستعمالها لمختلف وسائل منع الحمل، الذي زادت نسبة استعمالها ودرجة التحكم فيها مع مرور الوقت[1]، من خلال انتشار استخدام الأقراص واللولب والتعقيم الاختياري للنساء والرجال، كوسائل هامة للحد من عدد المواليد ابتداء من سنة 1960، بالإضافة إلى استعمال الإجهاض أيضا كوسيلة لتنظيم النسل وكطريقة للتخلص من الحمل غير المرغوب فيه، نتيجة تحرر القوانين التي تخص الإجهاض في بعض هذه الدول[2].

كما أنه أيضا مع الاستمرار في هذا التطور الاقتصادي وبلوغ هذه الدول مستوى كبيرا من الرفاهية وانعكاسه على الجانب الاجتماعي والثقافي لهذه المجتمعات من خلال ارتفاع المستوي التعليمي، خاصة عند المرأة، وخروجها للعمل، الذي أدى إلى استقلالها المادي، وتحسن مكانتها الاجتماعية، مما جعل متوسط السن عند الزواج يرتفع، وأحيانا العزوف عن الزواج وظهور العنوسة الدائمة[3]، نتيجة انتشار وسيطرة روح الفردانية، والسعي إلى العيش في رفاهية والبحث عن أقصى حد من اللذة بعيدا عن إنجاب الأطفال، وتحمل مسؤولية وأعباء تربيتهم، وما يقابله أيضا من تراجع القيم الأخلاقية، وتراجع أهمية وقيمة الزواج، وإهمال نظام الأسرة التي تعتبر الخلية الأساسية لبناء المجتمع، التي تقوم بتنظيم الأدوار والمكانات وبالتالي العلاقات، خاصة العلاقات الجنسية بين الأفراد، وهذا في ظل ما تشهده هذه الدول من الانتشار الواسع للعلاقات الجنسية خارج الزواج، وأيضا انتشار العلاقات الجنسية الشاذة كاللواط (homosexualité)، وإباحة الزواج من نفس الجنس الذي تؤيده وتدافع عنه حركات وجمعيات نشأت من أجل ذلك، فهذه الممارسات التي يكون الهدف منها فقط البحث عن اللذة وإشباع الغريزة الجنسية، وليس الهدف منها إنجاب الأطفال وتكوين أسرة[4]، أدت وجعلت نظام الأسرة في هذه البلدان الغربية يتراجع، وأصبحت الأسرة مهددة بالاندثار، نتيجة التراجع الكبير في نسبة الزواج[5]، الأمر الذي أدى بدوره أيضا إلى هبوط وانخفاض معدل الولادات.

هذا الهبوط في معدلات الخصوبة والولادات الذي كان له أسباب وعوامل، والذي أدى إلى هذا النمط من التحول الديمغرافي في هذه البلدان المتقدمة، فإن لديه أيضا

[1]- بوكانن باتريك جيه. **<u>موت الغرب: أثر شيخوخة السكان و موتهم و غزوات المهاجرين على الغرب</u>**، تر: محمد محمود التوبة، مكتبة الكيعان: الرياض، 2005 ، ص ص61-64 .
[2]- لستر ر براون، مرجع سابق، ص ص185-187.
[3]- بوكانن باتريك جيه، مرجع سابق. ص74
[4] - نفس المرجع. ص ص 94-95.
[5] - نفس المرجع.ص ص 64-65 .

آثار على سكان هذه الدول، التي أصبحت تتخوف من تناقص وتراجع عدد سكانها في ظل ما تشهده من هبوط في معدلات الخصوبة دون معدل تعويض الأجيال، وما نتج عنها من تغير في التركيبة العمرية لسكانها، التي عرفت تناقصا في فئات صغار السن الأقل من 15 سنة، وارتفاع في نسبة المسنين التي تزيد أعمارهم عن 65 سنة، التي تعود إلى ارتفاع أمل الحياة لسكانها، معلنة بذلك عن شيخوخة سكانها، هذه الظاهرة التي خلقت اختلالا هاما ومعتبرا، سواء على المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي لهذه البلدان، الأمر الذي جعل حكومات هذه البلدان تتبع سياسة تشجيع الولادات من أجل رفع معدلات هذه الأخيرة، من خلال حث العائلات على الرفع من عدد الأطفال المنجب، وذلك من خلال إعطائهم ومنحهم على سبيل المثال امتيازات وتحفيزات مالية تتناسب وتتدرج حسب عدد الأطفال المنجب لكل عائلة[1]، وكذلك البحث عن معايير تحفيزية تكون في الغالب لتسهيل استقبال أطفال في الأسرة وبتكلفة أقل، من خلال رفع العلاوات العائلية، وإعادة النظر في عطلة الأمومة، ووتيرة العمل، وتوفير السكن ودور الحضانة[2].

فإن كانت هذه الدول الغربية المتقدمة تعيش هذه الوضعية الديمغرافية التي أكمل فيها التحول الديمغرافي مراحله، والتي باتت هذه الدول متخوفة من نتائجها السلبية على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي، وكذا سعيها إلى تفادي هذه الآثار، فإن الدول النامية أو السائرة في طريق النمو تعرف أوضاع ديمغرافية، وكذا أنماط ديمغرافية تختلف عن تلك التي عرفتها الدول الصناعية، نتيجة الاختلافات في العوامل والظروف التي صاحبت عملية التحول الديمغرافي في هذه البلدان، والتي سنتطرق إليها في العنصر الموالي.

1 2 التحولات الديمغرافية في الدول النامية:

على خلاف الدول الصناعية المتقدمة، وباعتبارها أول الدول التي عرفت التحول الديمغرافي، من خلال إتمامها واجتيازها كل مراحله في القرن التاسع عشر، واستغراقها فترة زمنية طويلة لبلوغ المرحلة الأخيرة منه، والتي تعيشها الآن أغلب الدول المتقدمة الأوروبية، واليابان، ودول شمال أمريكا، فإن الدول النامية لم تدخل المرحلة الأولى من عملية التحول هذا إلا في منتصف القرن العشرين، بعد الحرب العالمية الثانية، والتي عرفت سرعة في هذا التحول والنمو السكاني لهذه الدول مع بداية سنة 1950؛ نتيجة الانخفاض السريع الذي عرفه معدل الوفيات في هذه البلدان، في مدة قصيرة من الزمن، من خلال توفير الخدمات الصحية الأساسية باستخدام هذه الدول الأساليب الطبية الغربية الحديثة، والقضاء على الأمراض الوبائية، دون أن يصاحب هذا الأمر انخفاضا في معدلات المواليد المرتفعة[3]، من

1- **ENCARTA 2009** : la population ; limiter ou encourager la natalité

2 - Jacques VALLIN. **la démographie,** éditions la découverte, paris, 3eme édition, 2002, p114.

3- يستر ر براون، مرجع سابق. ص160

وراء فكرة الإنجاب من أجل التعويض في هذه البلدان بسبب خروجها من الحرب، ونيل استقلالها حديثا، هذا الأمر الذي أدى بمعدل النمو السنوي للسكان يعرف ارتفاع كبيرا لم تعرفه المستويات التاريخية للنمو السكاني من قبل، حيث نجد أن معدل النمو السنوي للسكان في الدول النامية بعدما كان يقدر بـ 0.5% أثناء العقود الأولى من القرن العشرين، والذي ارتفع إلى 1% في الفترة ما بين 1920-1950، وقدر بـ 2% في الفترة 1950-1960، ارتفع هذا المعدل ليصل في مطلع عام 1970 إلى 2.4%، وهو معدل يدل على تضاعف أعداد السكان خلال فترة تقل عن 29 سنة[1]، فإن هذا المعدل المرتفع جدا للنمو السنوي للسكان أدي إلى حدوث انفجار ديمغرافي لم يشهده عدد السكان من قبل لهذه البلدان، وفي مدة قصيرة من الزمن.

هذا الانفجار السكاني في السنوات ما بين الفترة الممتدة من 1960 إلى1970، في البلدان النامية، جعل الأخصائيين في جميع الميادين والمهتمون بهذه الظاهرة، يقلقون ويتخوفون من هذه الزيادة السريعة للسكان، التي جعلت هذه البلدان تدخل في مشاكل اقتصادية واجتماعية، تبقى من أهمها وفي مقدمتها تحديات التنمية لمواردها الاقتصادية[2]، مع الأخذ بعين الاعتبار تحسين المستوى الاجتماعي والمعيشي لسكانها، نتيجة الارتفاع الكبير في معدل النمو السنوي لسكانها الذي يبقى يفوق معدل النمو الاقتصادي لها.

ولما كانت المطالب المتزايدة والاحتياجات التي تسبب فيها نمو السكان في الدول النامية لا تماثل الزيادة في القدرة الإنتاجية التي تكفي أو تحافظ على مستويات المعيشة لها، وهذا في ظل ما تعرفه جماهير ضخمة من هؤلاء السكان من انتشار للأمية في أوساطهم، وقلة المهارة والغوص في الفقر، والتي باتت تثير المخاوف، وغياب التغيرات الثقافية الحاسمة التي عرفتها البلاد الغربية[3]، فأخذوا ينظرون إلى مشكلات تنمية البلدان الفقيرة أيضا باعتبارها إحدى التحديات الرئيسية التي تواجه العالم ككل، والسعي إلى وضع خطة عمل فعالة للتعامل مع هذه المشكلة، محاولة منهم لتخفيف التباين والتفكير في حلول من أجل التقليل من الهوة الموجودة بين البلدان المتقدمة والبلدان المتخلفة أو النامية، وذلك من خلال إعطاء أهمية للعلاقة بين النمو السكاني والتنمية، والسعي إلى التخفيض في معدل الولادات، الذي اعتبر الحل الوحيد للحد من النمو السكاني، واعتبارهم أن للعوامل الديمغرافية دورا أساسيا ومهما تلعبه في تطور ونمو هذه المجتمعات، وإهمال في كثير من الأحيان السياسات التي تعتمد على التنمية الاجتماعية والتعليم وتعزيز حقوق المرأة، هذه العوامل التي كان لها تأثير هاما في الخفض في معدلات الولادات في الدول الغربية

[1] - عبد الرازق جلبي. مرجع سابق، ص355.
[2] - نفس المرجع. ص322 .
[3] - نفس المرجع، ص ص418-419، ص357.

التي عرفت انتشار التعليم، وضمان لحقوق المرأة[1]، وتوفر الخدمات الصحية، والارتفاع في المستوى المعيشي، الذي رافق مرحلة التصنيع.

ورغم أن اهتمام الحكومات بحجم السكان، ليس بالأمر الجديد، الذي يظهر من خلال تلك الأنشطة المتعلقة بتنظيم الأسرة التي اعتمدها الإتحاد السوفيتي منذ سنة 1920، من خلال تقديم خدمات تنظيم الأسرة للشعب، وكذلك في الهند التي كانت أول دولة نامية تضع سياسة سكانية رسمية، والتي شرعت في تنفيذ برنامجا حكوميا لتنظيم الأسرة، بدءا من سنة 1925، والذي ارتكز على سياسة الحد من الولادات لفترة طويلة، بفرض طرق لمنع الحمل، مثل تشجيع الإجهاض والتعقيم الإجباري، والتي اعترفت بفشلها، لتركز أولوياتها في منتصف الستينات على تحسين الجانب الاجتماعي للسكان، من خلال تشجيع التعليم، وتعزيز مكانة المرأة، الذي جاء بنتيجة ايجابية لها.

فإن أغلب دول العالم التي كانت تهتم بالزيادة السكانية، باعتبارها قوة اقتصادية، وسياسية، لم تبدأ تظهر اهتمامها بالآثار السلبية لهذه الزيادة إلا منذ سنة 1950[2]، نتيجة الانفجار الديمغرافي، والتخوف من القنبلة السكانية في الدول النامية التي تعاني الفقر، وهذا من خلال سعيها إلى الحد من هذه الزيادة، بإتباعها مختلف السياسات السكانية التي تحث على الحد من الولادات وخفض معدل النمو السكاني، الذي كان يقف عائقا في وجه تحقيق التطور والتنمية الاقتصادية والاجتماعية لهذه الدول، عكس ما كان ملحوظا بوضوح في أوربا وأمريكا الشمالية عندما مروا بمرحلة التصنيع، فإنه لا يختلف اثنين على أن التطور الاقتصادي والاجتماعي عموما، اقترن به الانخفاض في معدل الولادات، وظهور العائلات الصغيرة كعرف شائع[3] وليس العكس.

ولذلك فإنه في الفترة الفاصلة بين سنتي 1960 و1980، تزعمت الإدارة الأمريكية الجهود الدولية في مجال البحوث من خلال تبنيها إستراتجية دولية في مجال السكان، وتم تحفيز بلدان العالم الثالث لتتبع سياسة سكانية من خلال المؤسسات الأمريكية، والصناديق الخاصة عن طريق وكالة التعاون الأمريكية (USAID)، وكذلك من خلال الوكالات المختصة التابعة للأمم المتحدة، حيث قدرت المساعدات الأمريكية في مجال السكان بنسبة 40% من مجموع المساعدات الدولية سنة 1980، الذي أصبح - منذ أواخر الستينات- التخفيض من عدد الولادات شرطا من شروط الاستفادة من المساعدة الأمريكية، هذه الإستراتيجية الأمريكية قد أثرت في التحرك العالمي بشأن تنظيم الأسرة، ونظرا لاحتياج هذه الدول لمثل هذه المساعدات، فقد

[1]- جبير شادي نسيم. **المشكلات السكانية**، مكتبة المجتمع العربي: عمان، و دار أجادين: الرياض، 2007 ، ص ص 33-34 .
[2]- لستر ،ر، براون، مرجع سابق ، ص ص 180-181 .
[3]- جبير شادي نسيم، مرجع سابق، ص33 .

سارعت عدة دول سائرة في طريق النمو، إلى تبني سياسات سكانية، وكانت على درجات متفاوتة من النجاح[1].

ونتيجة لذلك وبدءا من سنة 1972 فإن نحو 59 دولة نامية، أصبحت لها برامج لخفض معدل الولادات، والتي في معظمها كانت أهدافها معلنة من طرف الحكومة تتجه مباشرة إلى الحد من الولادات، التي تقتصر فقط على وضع برامج تنظيم الأسرة، لتبقى بعض الدول الأخرى تعمل حكومتها على تقديم تنظيم الأسرة للشعب في صورة برامج لتحسين الصحة، أو موزعة على أسباب أخرى- من خلال سياسات ضمنية- والتي تنطلق من مفهوم أوسع وأشمل، بحيث تنتهج الكثير من السياسات الاقتصادية والاجتماعية لتقليل عدد أفراد الأسرة، مثل ما حدث في الصين، التي استخدمت مجموعة كبيرة من البرامج التنموية، والسياسات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، لخفض معدلات النمو السكاني بها[2]، لتكون بذلك الصين، في منتصف السبعينات، قد انتهت من تنفيذ أكثر المحاولات شمولا في هذا المجال.

وفي مثل هذا الجو العام، ومع اعتبار هذه الزيادة السكانية مشكلة تخص العالم بصفة عامة، ومحاولة وضع خطة عمل عالمية فعالة للتعامل مع هذه المشكلة في إطار الأمم المتحدة، التي بذلت جهودا لمساعدة الدول النامية على خفض معدلات الولادات بها، في حين كان يقتصر دورها في العشرين سنة الأولى من تأسيسها على جمع المعلومات والقيام بالأبحاث وتحليل المشكلات السكانية فقط، ولم تتولى قيادة الجهود العالمية لحل المشكلات السكانية ولعبها دورا فعالا في ذلك إلا بحلول سنة 1967، عندما أنشئ صندوق الأنشطة السكانية التابع لها، والتي أصبحت من خلاله تنظم وتنسق وتمول جهود مختلف دول العالم لخفض معدلات النمو السكاني بها[3]، هذه الجهود التي تجسدت أكثر من خلال اعتبار سنة 1974 سنة عالمية للسكان، وانعقاد المؤتمر العالمي للسكان في بوخارست من 19 إلى 30 أوت من هذه السنة، هذا المؤتمر الذي أكدوا من خلاله ضرورة إدراك الدور الهام الذي تلعبه العوامل الديمغرافية في تطور المجتمعات، والذي كان من بين أهدافه الأساسية، تطوير التعاون العالمي في تخصيص وتدعيم المساعدات التقنية للبلدان التي تحتاج لذلك، وحث وتحفيز هذه الدول النامية على إتباع سياسات سكانية من خلال تنظيم الأسرة، تحت مخطط النشاط العالمي للسكان من منظور تنموي متوازن، الموجه خصيصا للتأثير في المؤشرات الديمغرافية (الولادات، الوفيات)، من أجل التخفيض في النمو السكاني، لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية[4]، إلا أن هذه الجهود قوبلت بالرفض من هذه البلدان النامية المشاركة في المؤتمر، حيث كانت ترى بأنه لا يوجد

---

[1]- علي قواوصي. **السياسة السكانية في الجزائر: نشأتها و تطورها(1962-1994)**، الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، إقليم العالم العربي: تونس،(د.ت)، ص ص 5-7 .

[2]- لستر، ر، براون، مرجع سابق. ص ص 181-182 .

[3]- نفس المرجع، ص ص 179-180 .

[4] -INED.1974, année mondiale de la population, in **: population et société**, n°70, juillet 1974.pp1-3.

علاقة بين السكان والتنمية - بدافع إيديولوجي- خاصة الدول الاشتراكية، التي نجد في مقدمتها الصين الشعبية، رغم أنها كانت منهكة من تطبيق برنامج سكاني صارم.

لكنه بعد مرور عشر سنوات على هذا المؤتمر، وانعقاد مؤتمر عالمي آخر للسكان في مكسيكو سنة 1984، غيرت هذه الدول المشاركة وفي مقدمتها الصين مواقفها، بشأن البرامج السكانية، بعدما كانت تعارض هذه السياسات، بسبب تبنيها للأولويات الأيديولوجية بتأييد من الأنظمة الثورية المؤيدة للنظام الاشتراكي، ففي الفترة الممتدة بين هذين المؤتمرين العالميين للسكان، أصبحوا أكثر اقتناعا بضرورة التحكم في النمو السكاني لفسح المجال أمام تحقيق التنمية، وأصبحت تطالب تبعا لذلك بالمزيد من المساعدات الدولية[1]، في حين أن الولايات المتحدة الأمريكية بدأت تتراجع عن موقف الزعامة في ميدان تنظيم الأسرة، وقامت بإلغاء المساعدات التي كانت تقدمها للإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة[2].

ومع التراجع في المواقف السابقة لهذه الدول، واعترافها بالمشكلة السكانية التي تعاني منها، وضرورة إتباعها سياسات سكانية من أجل بلوغ مستوى التنمية الذي كانت تسعى لتحقيقه، سعت حكومات هذه الدول إلى تعديل سياستها، أو إلغاء القوانين التي كانت تعيق جهود تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى الجهود التي بذلتها حكومات دول أخرى لخلق الظروف التي تفضي إلى التقليل من الخصوبة وتقديم خدمات تنظيم الأسرة، فإن عددا كبيرا من الدول قد شرعت في استخدام ضغوط اجتماعية لخفض عدد المواليد، فهناك من جعلت علاوات الأبناء تقتصر على الأطفال الأربعة الأوائل فقط، كما كان الحال في تونس، ووضعها تشريعات لبيع وسائل منع الحمل، وأخرى رفعت السن القانوني للزواج كما كان الحال في بنغلادش، أو الإعفاء الضريبي لأربعة أطفال الأوائل فقط، كما كان الحال في الفلبين، وغيرها من الإجراءات في باقي الدول التي عملت بهذه الفكرة[3]، لتبقى هذه السياسات السكانية المطبقة في هذه الدول أقل صرامة وقهرا من تلك التي كانت مطبقة في الصين، بإتباعها سياسة الطفل الواحد بدءا من سنة 1979[4]، التي رافقتها منظومة قانونية صارمة، خاصة التي تتعلق بالإجهاض وسن الزواج.

بالإضافة إلى هذه المساعي العالمية المبذولة، لإرساء سياسات سكانية في الدول النامية، التي تسعي لتخفيض معدل النمو السكاني بها، فقد كانت هناك جهود بالموازاة مع تلك المساعي، بذلت من أجل التحسين في الظروف الاجتماعية والاقتصادية وكذلك الصحية لدعم تلك المساعي، وذلك من خلال عقد عدة مؤتمرات عالمية، نذكر من بينها مؤتمر ألما-آتا الذي عقد سنة 1978، والذي كان يدور حول

1- علي قواوصي، مرجع سابق، ص ص6-7.
2- نفس المرجع، ص7.
3- لستر، ر، براون، مرجع سابق. ص ص182-183 .
4 - **ENCARTA®2009**: Politique de L'Enfant unique en chine, 1979 .

الرعاية الصحية الأولية والتنمية على المستوى العالمي، من أجل تحقيق المساواة في الصحة ما بين دول العالم وداخلها وتوفير الصحة للجميع[1]، وحث الحكومات على صياغة سياسات صحية تدمج فيها خدمات الرعاية الصحية الأولية، ورفع مستويات الخدمة الصحية عن طريق توفير الموارد المادية، وتوفير وتأهيل الموارد البشرية من خلال تكوين الكوادر وإطارات الصحة، نظرا لما يلعبه رفع وتحسين الأحوال الصحية من تأثير على انخفاض الوفيات والولادات إلى مستويات أقل، وكذلك عقد مؤتمر القاهرة للتنمية والسكان سنة 1994، الذي كان يسعى إلى تمكين المرأة واعتباره هدف هام في حد ذاته، وسبيلا أيضا لتحسين نوعية الحياة للمجتمع، "...فبدون مشاركة المرأة مشاركة كاملة، لا يمكن أن تكون هناك تنمية مستدامة..."، من خلال تأكيده في برنامج عمله على ضرورة تحقيق الإنصاف والمساواة بين الجنسين، وضرورة مساندة الرجل لعملية تمكين المرأة، و كذا إعلان حقها في رعاية شاملة لصحتها الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى ضمان تعليمها[2]، والذي تلاه المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة ببكين سنة 1995، الذي كان من بين القضايا التي ناقشها أيضا[3]، قضية تمكين المرأة وتحسين وضعها الاقتصادي والسياسي والاجتماعي، ومؤتمر القمة بمدينة نيويورك سنة 2000، وغيرها من المؤتمرات التي كانت كلها تسعى إلى تحقيق التنمية، والخفض من النمو السكاني، من خلال السعي إلى تجسيد أهدافها وتوصياتها، التي تتمثل في الحث والدعوة إلى ترقية وضع المرأة، برفع المستوى المعيشي لها، وضمان حقها في التعلم، والمساواة بينها وبين الرجل.

كل هذه العوامل والظروف جعلت المؤشرات الديمغرافية لهذه الدول النامية تعرف انخفاضا معتبرا في السنوات الأخيرة، وذلك بمستويات مختلفة، والتي تبقى مرتبطة بالنتائج التي حققتها هذه البلدان في مجال التخفيض من النمو السكاني، ومدى نجاح تلك السياسات التي طبقتها، فبعد ما كانت هذه المؤشرات الديمغرافية تشهد ارتفاعا في دول قارة إفريقيا في سنة 1985، بمعدل نمو سكاني قدر بـ2.9%، وبمؤشر تركيبي للخصوبة بلغ 6.3 طفل لكل امرأة، و بمعدلات أقل في دول قارة آسيا، التي قدر فيها متوسط عدد الأطفال لكل امرأة بـ3.7، وبمعدل نمو سكاني بلغ 1.8% سنويا[4]، فإنها انخفضت خاصة في بلدان القارة الأسيوية التي عرفت بعض بلدانها، بالإضافة إلى تطبيق سياسات سكانية- والتي اختلفت في صرامتها- إتباعها أيضا سياسة اجتماعية وصحية من أجل تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للسكان، خاصة تحسين وضع ومكانة المرأة، الذي يظهر من خلال نموذج الصين، فرغم الخفض التعسفي لمعدل النمو السكاني، من خلال السياسة السكانية التي

[1]- يونيسف. **وضع الأطفال في العالم: صحة الأم و الوليد**، نيويورك، 2008، ص31.
[2]- نفيس صادق. **حالة سكان العالم: قرارات من أجل التنمية**، صندوق الأمم المتحدة، نيويورك، 1995. ص 1.
[3]- نفيس صادق، **حالة سكان العالم**، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 1996. ص48.
[4] - INED. tous les pays du monde (1985), n°195, op.cit., pp2-4.

اتبعتها الصين بتطبيقها للأساليب القسرية لتنظيم الأسرة من خلال سياسة طفل واحد لكل أسرة، إلا أنها تتميز بمستويات عالية من الرعاية الصحية الجيدة، وانتشار التعليم، ومشاركة المرأة في العمل، والتي كان لها دور فعال في التأثير على المؤشرات الديمغرافية[1]، والتي أدت إلى انخفاض معدل النمو السنوي للسكان فيها ليصل إلى 0.5%، وبمعدل خصوبة بلغ 1.6 طفل لكل امرأة، في سنة 2009[2]، اللذان كانا يقدرا بـ 1.1%، وبـ 2.1 طفل لكل امرأة على التوالي، سنة 1985، في حين تبقى هذه المعدلات الديمغرافية مرتفعة في دول قارة إفريقيا، خاصة الدول الواقعة في وسط إفريقيا التي تبقى تسجل أعلى المعدلات مقارنة بالمستوى العالمي، بمعدل خصوبة بلغ 6.1 طفل لكل امرأة، كما هو مبين في الجدول التالي، الذي يبين بعض المؤشرات الديمغرافية لسنة 2009 في بعض المناطق التي تضم الدول النامية.

جدول رقم3: يبين بعض المؤشرات الديمغرافية لبعض المناطق التي تضم الدول النامية لسنة 2009

المعدلات المناطق	معدل النمو الطبيعي(%)	معدل الولادات(‰)	معدل الوفيات(‰)	معدل وفيات الأطفال الرضع(‰)	المؤشر التركيبي للخصوبة(طفل/امرأة)
إفريقيا	2.4	36	12	74	4.8
إفريقيا الشمالية	1.9	25	7	38	3
إفريقيا الغربية	2.6	40	14	80	5.5
إفريقيا الشرقية	2.6	40	13	76	5.4
إفريقيا الجنوبية	0.8	24	15	48	2.8
إفريقيا الوسطى	3.4	42	14	95	6.1
أمريكا اللاتينية	1.7	22	5	21	2.5
أمريكا الجنوبية	1.3	19	6	23	2.2
قارة آسيا	1.2	19	7	43	2.3
الصين	0.5	12	7	21	1.6
الهند	1.6	23	7	55	2.7

Source: INED, tous les pays du monde 2009, in : **population et société**, n°458, 2009, pp2-4.

حيث أن هذا التقلص والهبوط في معدل الخصوبة، وفي معدل الوفيات، خاصة الأطفال الرضع الذي عرفته الدول النامية في السنوات الأخيرة، رغم بقاء تلك الاختلافات بين هذه الدول في مستويات هذا الانخفاض، قد أدى بأغلب هذه البلدان إلى الدخول والانتقال إلى المرحلة الثانية من الانتقال الديمغرافي وبلوغها مراحل متقدمة منه؛ كالصين والهند، وكذلك في الدول العربية التي تعرف اختلافا في درجة الانخفاض في هذه المعدلات، وذلك بوجود أغلبها في مراحل متقدمة من التحول، ماعدا بعض الدول الأقل نموا مثل: اليمن وموريتانيا، هذا في ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها هذه البلدان.

[1] - جبير شادي نسيم، مرجع سابق. ص 36.

[2] -INED, tous les pays du monde (1985), n°195, opcit, p 4.

3 1 التحولات الديمغرافية في الدول العربية:

إن الوضع الديمغرافي للدول العربية يتسم بالتفاوت، حسب المراحل الديمغرافية التي دخلت فيها هذه البلدان من عملية التحول الديمغرافي، والوبائي، من خلال نتائج المسوح الأخيرة، التي تبين أن هذه العملية تتم بوتيرة سريعة في أغلب هذه البلدان، خاصة التي تتجه نحو الدخول في المراحل الأخيرة للتحول الديمغرافي، بينما لا تزال الدول العربية الأقل نموا في المرحلة الأولى منه، تتميز بوتيرة بطيئة في الانخفاض لتلك المعدلات[1].

وهذا يظهر من خلال الانخفاض في معدلات الخصوبة والوفيات، بوتائر مختلفة حسب كل بلد، حيث تبقى الفوارق في الخصوبة من أهم الظواهر التي تميز الوضع الديمغرافي الذي يستدعي الاهتمام، ويظهر هذا الاختلاف حتى في الدول التي تعرف تشابها في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، مثل حالتي: تونس وسوريا، فحسب هذه الخصائص الديمغرافية، قسمت الدول العربية إلى أربعة مجموعات، حيث ضمت المجموعة الأولى كل من تونس ولبنان، اللتان تتميزان بدخولهما المراحل النهائية من التحول الديمغرافي، والتي بدأ فيها التحول يدخل مراحله المتقدمة مع نهاية الخمسينات، وذلك من خلال الانخفاض السريع الذي بدأ به معدل الوفيات، وتلاه الانخفاض في معدل الخصوبة، والذي ظهر أكثر في منتصف الستينيات، لينخفض معدل الخصوبة في هذين البلدين في بداية القرن الحالي ليصل إلى مستوى معدل تعويض الأجيال، ليقدر في سنة 2009 بـ 2 طفل لكل امرأة، وبمعدل ولادات قدر بـ 17‰ في تونس، وبـ 2.4 طفل لكل امرأة، ومعدل ولادات بلغ 20‰ في لبنان، أما فيما يخص معدل الوفيات فقد قدر بـ6 ‰ في تونس، و5‰ في لبنان[2].

أما المجموعة الثانية وتضم خاصة الدول النفطية، وهي: البحرين، الكويت، الإمارات، بالإضافة إلى الجزائر، ليبيا والمغرب، التي دخلت في مراحل متقدمة من هذا التحول، الذي بدأ في منتصف الثمانينات، فعلى سبيل المثال في ليبيا كان يتراوح فيها معدل الخصوبة في الفترة الممتدة 1980-1985 بـ 6.2 طفل لكل امرأة[3]، والذي انخفض إلى 2.7 طفل لكل امرأة بحلول سنة 2009، لتبقى الدول الأخرى لهذه المجموعة يتراوح فيها معدل الخصوبة لنفس السنة ما بين 2-2.4 طفل لكل امرأة، وبمعدل ولادات تراوح ما بين 15-24‰، في حين نجد معدل الوفيات لدول هذه المجموعة يتراوح ما بين 2-6‰[4]، حيث نجد أخفض معدل سجل في دولتي البحرين

([1])- حافظ شقير. **التحول الديمغرافي في الدول العربية و آثاره**، بيت الأمم المتحدة للسكان، المنتدى العربي للسكان؛ بيروت، نوفمبر 2004، ص ص 4-7.

[2]-INED, tous les pays du monde (2009), n°458, opcit, pp2-4.

[3]- حافظ شقير، مرجع سابق،ص6 .

[4]-INED, tous les pays du monde (2009), n° 458, opcit, p4.

والإمارات بـ 2‰، وخاصة معدل وفيات الأطفال الرضع الذي تراوح ما بين 7-8‰[1]، وهذا نتيجة البرامج الصحية والخدمات الصحية الفائقة في هاتين الدولتين.

في حين أن المجموعة الثالثة التي تضم كل من مصر، العربية السعودية، عمان، قطر، سوريا، السودان، العراق، جزر القمر،الأردن، وفلسطين، بدأت فيها عملية الانخفاض التدريجي للخصوبة في فترة متأخرة في أواخر الثمانينات، كما أنها لم تتم بطريقة متواصلة وبنفس النسق، بل مرت هذه البلدان بفترات ركود، يرجع سببها إلى عدة عوامل نجد من أهمها تلك المتعلقة بالصحة الإنجابية وتكريس بعض القيم التقليدية المتعلقة بها، التي تعيق عملية التحول الديمغرافي[2]، والذي يبقي معدل الخصوبة لهذه الدول يتراوح مابين2.4-4.6 طفل لكل امرأة، بالإضافة إلى الاختلافات الكبيرة في معدل الوفيات، الذي عرف انخفاضا مع بداية السبعينات، ليبقى يعرف ارتفاعا ملحوظا، خاصة في البلدان التي تعرف نزاعات داخلية وأوضاع أمنية غير مستقرة كالعراق، والسودان التي سجل فيها أكبر معدل للوفيات في هذه المجموعة، الذي قدر بـ 11‰، يليه العراق بمعدل 9‰، في حين تبقى الدول الأخرى لهذه المجموعة يتراوح ما بين 2-8‰[3].

لنجد أن المجموعة الرابعة التي تضم كل من جيبوتي، موريتانيا، اليمن والصومال، والتي تعرف ارتفاعا في معدلات الفقر، تبقى في المرحلة الأولى من التحول، التي تتميز بالارتفاع في معدل الخصوبة[4]، الذي يتراوح ما بين 4.2-6.7 طفل لكل امرأة، لدول هذه المجموعة، حيث سجل أكبر معدل لها في الصومال بـ 6.7 طفل لكل امرأة، وبمعدل ولادات قدر بـ 45‰، بالإضافة لما تتميز به من المستوى المرتفع في معدل الوفيات الذي بلغ 15‰، خاصة معدل وفيات الأطفال الرضع بمعدل 111‰، ليبقى معدل الوفيات للدول الأخرى يتراوح ما بين 8-12‰[5].

حيث أن عملية التحول الديمغرافي للدول العربية، خاصة التي بلغت سواء المرحلة النهائية، أو مراحل متقدمة منه، كان لمجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي عاشتها هذه الدول الأثر الكبير في ذلك، من خلال الاعتماد على دعم التعليم، واعتماد البرامج الصحية، والبرامج التنموية، بالإضافة إلى السياسات السكانية التي لعبت دورا هاما في تفعيل هذا النمط من التحول الديمغرافي.

[1]-IBID, p4.

[2]- حافظ شقير، مرجع سابق، ص6.

[3] - INED. tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p4.

[4]- حافظ شقير، مرجع سابق، ص7.

[5] - INED. tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p4.

فإن كان للتغير في القوانين، خاصة قانون الأسرة وقانون الأحوال الشخصية، والضمان الاجتماعي وقوانين إلزامية التعليم، والنتائج التي حققتها البرامج الاقتصادية والاجتماعية والبرامج التعليمية التي ركزت على تعليم المرأة، دور في التقليص في معدل النمو السكاني، وذلك من خلال التغير في بعض القيم المتعلقة بقيمة الطفل، والتغير في نمط الأسرة التي أصبحت تتميز بالنمط النووي التي وصلت نسبتها في بعض الدول العربية، كمصر وتونس والمغرب إلى80% من مجموع الأسر[1]، وكذلك التغير في سلوكيات الزواج الذي أصبح يعرف تأخرا في السن عند الزواج الأول، الذي أصبح يعتبر ظاهرة تميز معظم الدول العربية، ولكن بدرجات مختلفة، حيث بلغ السن عند الزواج الأول مستويات مرتفعة في بعض الدول: كتونس والجزائر، و وصل في المتوسط 30 سنة للإناث، و33 سنة عند الرجال، في حين نجده يقدر بـ 16 سنة فقط باليمن في بداية التسعينات، حيث أن هذا الارتفاع في سن الزواج الأول يعود إلى انخفاض نسبة الزواج في الفئات العمرية دون العشرين سنة، وتراجع الزواج المبكر، وارتفاع نسبة العزوبة عند الجنسين، خاصة في الفئة العمرية 20-24 سنة، ففي تونس نجدها تقدر بـ 85.3% عند الإناث وبـ 90% عند الرجال، حيث نجد أن كل هذه العوامل الاقتصادية والاجتماعية قد أثرت وساهمت في التقليص في معدل الخصوبة.

فإن للبرامج المطبقة من أجل الحد من الزيادة السكانية يبقى لها هي أيضا دور فعالا في عملية التحول هذه، والتي تبقى تختلف من بلد لآخر، فبعض البلدان اعتمدت برامج وسياسات سكانية واضحة، مثل حالة مصر وتونس، وأخرى لم تعد برامج لهذا الغرض، ولكنها طورت برامج صحية فعالة من خلال التركيز على برامج الصحة الإنجابية، باعتمادها على برامج الرعاية الصحية للنساء الحوامل أثناء وبعد الولادة، و برامج تطعيم الأطفال، بالإضافة إلى برامج من أجل المباعدة بين الولادات وتنظيم الأسرة، وتوفير وسائل منع الحمل لذلك، من خلال تقريب وتوفير هذه الخدمات في المراكز الصحية، والتي ساهمت في الخفض من معدل الوفيات عند الأمهات والأطفال الرضع، خاصة في دول الخليج العربي، التي تعرف فيها الخدمات والبرامج الصحية- بتركيزها على برامج الصحة الإنجابية- تطورا سريعا، وانتشارا شاملا لها[2].

فإن كان لدى هذه البرامج، سواء الاقتصادية، أو الاجتماعية، أو الصحية مفعول كبير على استمرار انخفاض الخصوبة في كل الدول العربية، فإن البيانات الإحصائية تشير أن بلدان المجموعة الثانية مثل الجزائر والمغرب والبحرين، ستدخل مراحل الخصوبة المنخفضة، من جراء العوامل التي ذكرناها، وذلك على غرار ما وصلت إليه تونس ولبنان، لتبقى المجموعة الثالثة تحتاج الدعم من ناحية

[1]- حافظ شقير،مرجع سابق، ص ص28-34.
[2]- نفس المرجع، ص ص 8-9.

السياسات الصحية والسكانية، وخاصة تلك السياسات الهادفة لتغيير الاتجاهات والسلوكيات التي لها تأثير على الخصوبة، لضمان مواصلة انخفاضها بنفس الوتيرة[1].

حيث أنه ومن خلال عرض الوضعية الديمغرافية للبلدان النامية، بما فيها الدول العربية، التي تتميز بدخول أغلبها في مراحل متقدمة من التحول الديمغرافي، والتي لم يكتمل فيها هذا التحول مراحله، نجد أن هذه البلدان النامية تتميز بخصائص ديمغرافية تختلف عن تلك التي تعيشها الدول الغربية المتقدمة، وخاصة في نتائج هذا التحول على التركيبة العمرية، فإنه رغم ما هو ملاحظ من انخفاض في مستويات الخصوبة، الذي نتج عنه الانخفاض الطفيف في الفئة العمرية الأقل من 15 سنة، إلا أن هذه المجتمعات مازالت تتمتع بنسبة مرتفعة من فئة الشباب، وكذلك النسبة المرتفعة لفئة المشتغلين 15-59 سنة، وهذا رغم بوادر ارتفاع نسبة المسنين لهذه الدول النامية، التي يتوقع لها أن تزيد بوتيرة سريعة، وهذا نتيجة الوتيرة السريعة لعملية التحولات الديمغرافية التي تطرقنا إليها سابقا.

ثانيا: نتائج التحول الديمغرافي وظاهرة تشيخ السكان في العالم

إنه من نتائج التحولات الديمغرافية التي طرأت على سكان العالم بصفة عامة، وحسب خصائص البلدان بصفة خاصة، هي ظاهرة تشيخ سكان العالم، والتي تظهر في تلك التغيرات في التركيبة العمرية للسكان، فبعدما كانت تتميز أغلب الدول والمجتمعات في وقت مضى بأنها مجتمعات شابة، والتي تعرف تركيبتها العمرية نسبا مرتفعة لفئة الشباب، فإنها اليوم تشهد تراجعا لهذه الفئة نتيجة انخفاض معدلات الخصوبة، وكذا انخفاض معدل الوفيات، خاصة وفيات الأطفال الرضع، فاسحة المجال لارتفاع نسبة كبار السن، نتيجة ارتفاع أمل الحياة عند الولادة الذي قدر بـ 69 سنة لمجموع سكان العالم، لتقدر نسبة المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة من مجموع سكان العالم بـ 8%، مقابل 28% من سكان العالم الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة لعام 2009[2]، في حين كانت تقدر في سنة 1979 بـ 36% مقابل 6% فقط من الأشخاص المسنين[3].

حيث أنه بحلول سنة 2009، قدر عدد المسنين البالغين من العمر 60 سنة فأكثر بالنسبة لمجموع سكان العالم 737 مليار نسمة، وثلثي هؤلاء يعيشون في البلدان النامية، خاصة في البلدان الأسيوية الواقعة في الجنوب الشرقي للقارة، ويتوقع لهذا العدد حسب تقديرات الأمم المتحدة أن يصل إلى 2 مليار نسمة من المسنين بحلول سنة 2050،[4] فبعدما كان شخص واحد من كل تسعة أشخاص في العالم يصل إلى

[1]- نفس المرجع، ص41.

[2] -INED. tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p2.

[3] -INED. tous les pays du monde 1979, in: **population et société**, n°126, juillet- aout 1979, p2.

[4]- United Nations, **population Ageing and development**, opcit, p1.

سن 60 سنة فأكثر، فإنه حسب إسقاطات الأمم المتحدة لسنة 2050، يتوقع أن يبلغ شخص واحد من كل خمسة أفراد 60 سنة فأكثر في العالم، وهي نفس النسبة في الدول المتقدمة، خاصة الموجودة في أوروبا، في حين نجد أن شخص واحد من كل عشرة أفرا د في قارة آسيا وأمريكا اللاتينية والكاريبي، أما في قارة إفريقيا فقد قدر بلوغ شخص واحد من كل 19 شخصا 60 سنة فأكثر من العمر[1].

وبهذا فإن هرم الأعمار لسكان العالم من المتوقع أن يكون في عام 2050 يتميز بقاعدة أقل بقليل عما هي عليه اليوم، نتيجة التقلص في فئة الأطفال الأقل من 5 سنوات، التي ستنخفض بنسبة تقدر 5%، في حين أن عدد المسنين البالغين من العمر 65 سنة فأكثر سوف يكون ثلاثة أضعاف مما هو عليه اليوم.

فتشيخ سكان العالم، أصبحت ظاهرة مرتبطة بتناقص حجم الأسرة، نتيجة سلوك الزوجين تجاه النسل التي أصبحت تميل إلى إنجاب عدد قليل من الأطفال، وارتفاع أمل الحياة، من خلال التحسن في الأحوال الصحية في كثير من بلدان العالم، كما أنها ظاهرة لا مفر منها، والتي مست كل الكرة الأرضية، ولكن تبقى زيادة نسبة الشيخوخة أكثر أو أقل سرعة في وتيرة التقدم حسب البلدان والقارات التي لها علاقة بالأقدمية في التحول الديمغرافي، حيث أنه وفي جزء من العالم الذي يضم البلدان النامية السكان فيها أكثر شبابا، والتي من الآن فصاعدا تتوجه إلى مشكل جديد المتمثل في ظاهرة شيخوخة السكان، وهي تتم بشكل أسرع عكس الدول المتقدمة، وذلك نتيجة الاختلافات بين الديمغرافيات المختلفة لهذه البلدان، التي تقابلها أيضا تلك الاختلافات في التركيبة العمرية المترتبة عليها، فإنه في الجزء الآخر لعدد معتبر من البلدان المتقدمة، فبالإضافة إلى أن عدد الأطفال لن يكون كافيا من أجل ضمان تعويض الأجيال، بسبب تراجع مستويات الخصوبة فيها[2]، فإنه بالارتفاع المستمر لنسبة المسنين، أصبحت معظم الدول الصناعية تتميز بظاهرة شيخوخة سكانها، وبالأخص الأوروبية منها، التي تعتبر من بين أوائل الدول، التي شهد سكانها ظاهرة الشيخوخة، ومنذ وقت طويل.

1-2 تشيخ السكان في الدول المتقدمة:

نتكلم عن تشيخ السكان عندما تكون نسبة المسنين مرتفعة والتي يقابلها انخفاض في نسبة الشباب، والتي تميز وتخص مجموعة من السكان، يتميز أفرادها بمجموعة من المظاهر والمقاييس الفسيولوجية والاجتماعية والاقتصادية التي تدل على تقدمهم في العمر[3].

[1] - Ibid. p1.
[2] - ENCARTA2009, population mondiale: se préparer au vieillissement de la population.
[3] - INED. le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, N°457, opcit .p4.

ففي الواقع تشيخ السكان هو من نتائج الانخفاض في الخصوبة وزيادة طول مدة الحياة، فهذه الظاهرة التي عرفها العالم المتقدم للدول الصناعية بشكل واضح جدا من خلال النمط الديمغرافي الذي يتميز به حاليا، والذي يعرف خصوبة منخفضة وصل معدلها في فرنسا على سبيل المثال إلى طفلين لكل امرأة في المتوسط في بداية القرن الحالي، ووفيات منخفضة أيضا بمعدل وفاة مولود جديد واحد من كل 100 ولادة حية قبل بلوغهم 20 سنة، ففي هذا النمط الديمغرافي الذي نجد فيه أن عدد الولادات وعدد الوفيات يميلان قليلا إلى التوازن يجعل عدد السكان لا يتزايد، فإنه أيضا وبشكل أوضح، هذا النمط يتميز في الغالب باختلاف كبير في التركيبة العمرية وتوزيع السكان حسب الأعمار، مقارنة بالنمط الديمغرافي القديم الذي كان يتميز بسكان أكثر شبابا بنسبة تقارب 44% من السكان سنهم أقل من 20 سنة، مقابل 6% فقط أعمارهم 60 سنة فأكثر في هذه الدول[1].

في حين أن النمط الديمغرافي الجديد لمجتمعات هذه الدول تتميز من خلال التركيبة العمرية لسكانها بأنها أقل شبابا، خاصة الدول الأوروبية، التي تعتبر من أوائل المناطق في العالم التي عرفت ظاهرة الشيخوخة الديمغرافية، منذ بداية القرن 19، والولايات المتحدة الأمريكية مع بداية القرن 20، والتي تظهر من خلال شكل هرم الأعمار، الذي يتميز بالتقلص في قاعدته والاتساع في الفئات العمرية الوسطى، التي بدورها تعتبر ممولا لقمته التي بدأت في الاتساع هي الأخرى، وبالتالي أصبح شكله يميل أكثر إلى الشكل الأسطواني منه إلى شكل الهرم، الذي كان فيما سبق يعبر حقا على النمط الديمغرافي للمرحلة الأولى من الانتقال الديمغرافي لها، حيث قدرت نسبة المسنين التي تزيد أعمارهم عن 60 سنة في هذه الدول المتقدمة بـ 21%، أي ما يعادل 263905000 مسن، بحول سنة 2009، ويتوقع أن تصل إلى نسبة 33% بحلول سنة 2050، حيث نجد نسبة الذي تزيد أعمارهم عن 80 سنة مرتفعة، والتي قدرت بنسبة 20% من مجموع الأشخاص المسنين، كما يتوقع أن تصل نسبتهم إلى 29% بحلول سنة 2050[2].

حيث أن نسبة الشيخوخة السكانية في مجتمعات الدول المتقدمة بحلول سنة 2009، نجدها أكثر في اليابان بنسبة 30% من الأشخاص الذين يزيد أعمارهم عن 60 سنة، أي بعدد 37.827 مليون مسن، تليها دول قارة أوروبا، خاصة الواقعة في المناطق الغربية والجنوبية لها، والتي قدرت نسبة المسنين فيها بـ 24% من مجموع السكان، حيث أن نسبة 21% منهم تتجاوز أعمارهم 80 سنة، خاصة في إيطاليا وألمانيا، التي سجلتا أكبر نسبة للمسنين بـ 26% من مجموع السكان، تليها كل من فرنسا وإسبانيا بنسبة 23% و 22% على التوالي[3]، في حين نجد أن دول أوروبا

[1] - Ibid, p4.
[2]- United Nations, population Ageing and Development, opcit. p1.
[3] - Ibid. pp 4-8.

الشرقية تعرف نسب أقل للتشيخ التي قدرت بـ 19%، أي بعدد 55.486 مليون نسمة من الأشخاص المسنين، وكذلك دول شمال أمريكا بنسبة 18%، أي ما يقارب 627.44 مليون شخص مسن، وهي لا تختلف عن النسبة الموجودة في الولايات المتحدة الأمريكية، في حين قدرت نسبتهم في كندا بـ 20%[1].(أنظر الجدول رقم:2 في الملحق رقم2).

فالشيخوخة السكانية وتغير التركيبة العمرية للسكان تكون أيضا- كما سبق وأن ذكرنا- نتيجة استمرار ومواصلة مدة أو فترة الحياة في الامتداد والطول لسكان هذه البلدان الصناعية المتقدمة التي نجد فيها أمل الحياة مرتفعا مقارنة بباقي الدول الأخرى، حيث قدر أعلى حد له بـ 86 سنة للنساء و79 سنة للرجال في اليابان، لسنة 2009، تليها إيطاليا وفرنسا بـ 78 سنة للرجال و84 سنة للنساء، ثم تأتي الدول الواقعة شمال أمريكا، التي هي أيضا تعرف ارتفاعا في أمل الحياة لسكانها، حيث قدر في كندا بـ 78 للرجال و83 سنة للنساء، أما دول شمال أوروبا فقد قدر فيها أمل الحياة عند الولادة بـ 77 سنة عند الرجال و81 سنة عند النساء[2]، حيث أن هذا التفاوت في العمر المتوقع عند الولادة، الذي يصل إلى 6 نقاط في اليابان لصالح النساء، يجعل أيضا تفاوتا في نسبة المسنين بين الجنسين، التي تكون نسبة المسنات أعلى من نسبة المسنين الرجال.

كما أن العمر المتوسط لسكان هذه البلدان المتقدمة يعتبر من بين المؤشرات، الذي يدل أيضا على شيخوخة سكانها، هذا الذي يقسم سكان بلدان العالم إلى قسمين أو جزأين من الناحية العددية بالتساوي، أين يكون الأول أكثر شبابا والآخر أكثر شيخوخة، فحسب الأمم المتحدة فإن السن المتوسط لسكان العالم قد قدر بـ 28 سنة في سنة 2005، والذي يدل على أن أي بلد متوسط سن سكانه في هذا السن أوأقل، هو في النصف الذي يكون سكانه أكثر شبابا، في حين أن تلك الأخيرة التي متوسط سن سكانها يزيد عن هذا السن، هي في النصف الآخر الأكثر تشيخا[3].

ويظهر ذلك عند مقارنة الأعمار المتوسطة لمختلف القارات في سنة 2005، أين كان يعرف أكثر ارتفاعا في قارة أوروبا التي تعرف أكبر النسب لفئة المسنين، والذي قارب فيها العمر المتوسط 39 سنة، تليها دول أمريكا الشمالية بعمر متوسط قدر بـ 36 سنة، في حين كان أكثر انخفاضا، ذاك العمر المتوسط للسكان الذي سجل في قارة إفريقيا التي تعرف نسبا مرتفعة لفئة الشباب، أين قدر فيها بـ 19 سنة[4].

إذن فارتفاع أمل الحياة وارتفاع نسبة المسنين لهذه الدول المتقدمة جعل العمر المتوسط لها يرتفع، فالولايات المتحدة الأمريكية مثلا، كان متوسط العمر للفرد فيها

---

1 - Ibid. pp 4-8.
2 -INED. tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p4.
3 - INED, le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, n°457, opcit, p2.
4 - Ibid, p 2.

يقدر بـ 22.9 سنة في عام 1900، وذلك حين كانت نسبة من سنهم 60 سنة فأكثر حوالي 5% من مجموع السكان، ثم ارتفع متوسط عمر الفرد إلى 30.1 سنة[1] في عام 1950، بعد أن ارتفعت نسبة من سنهم 60 سنة فأكثر إلى حوالي 12%[2]، وارتفعت هذه النسبة إلى 18% بحلول سنة 2009[3]، وارتفع معها أيضا العمر المتوسط إلى 36 سنة، أما في فرنسا فإن السن المتوسط لسكانها فقد قدر بـ 39 سنة، في حين أن اليابان الأكثر الدول تشيخا، فإنه يعرف أيضا أعلى متوسط عمر لسكانها الذي قدر بـ 43 سنة[4].

هذا العمر المتوسط للسكان في العالم الذي يتراوح ما بين 15-43 سنة حسب البلدان، فإن كانت تعرف الدول المتقدمة عمرا متوسطا مرتفعا لسكانها، فإننا نجده يعرف انخفاضا في الدول النامية، ففي الصين التي سكانها أكثر شبابا، وهذا بالرغم من أنه يوجد تناقص في قاعدة الهرم في فئة الأعمار الصغرى، إلا أن العدد القليل للأشخاص المسنين في قمة الهرم، هو الذي يفسر ذاك العمر المتوسط لسكانها الذي يبقى منخفضا، والذي قدر بـ 33 سنة، في حين نجد أن العمر المتوسط لسكان إيران منخفضا بـ 10 نقاط عما هو عليه في الصين والذي قدر بـ 23 سنة، ذلك أن سكانها هم حاليا شباب، وذلك رغم أن الهرم لديه قاعدة متقلصة ومتناقصة بسبب الانخفاض السريع للخصوبة في السنوات 1980-1990، والتي انتقلت من 7 أطفال في المتوسط لكل امرأة في سنة 1984 إلى 1.9 طفل لكل امرأة في سنة 2006، ونجد في أوغندا أن العمر المتوسط لسكانها يقدر بـ 15 سنة، وهو مثال لبلد يتميز بشباب سكانه، فالخصوبة في هذا البلد تبقى مرتفعة، مقابل معدل وفيات للأطفال أقل شدة مما كان عليه، هذا الذي لعب أيضا دورا في ارتفاع نسبة الشباب في سكانها، إلا أن الشيخوخة سوف تبدأ بوادرها في الظهور، عندما تبدأ خصوبتها فعلا وبوضوح في الانخفاض، حيث نجد أن نسبة الأشخاص الذين أعمارهم 65 فأكثر لهذا البلد تقدر بـ 2.6% في سنة 2005 والتي ستصبح نسبتها تقدر بـ 4.1% بحلول عام 2050، وذلك حسب إسقاطات الفرضية المتوسطة للأمم المتحدة، وسوف تواصل وتتابع ارتفاعها تحت نتائج ارتفاع أمل الحياة، والتي سوف تتم بوتيرة سريعة في تلك البلدان السائرة في طريق النمو.[5]

2-2 تشيخ السكان في الدول النامية:

إذا كانت البلدان المتقدمة قد عرفت ظاهرة تشيخ السكان منذ وقت طويل، والتي بدأت تعاني من آثارها، فإن البلدان النامية ونتيجة الاختلافات الديمغرافية التي تميزها عن تلك البلدان، بعدم اكتمال مراحل التحول الديمغرافي فيها، وفي ظل

[1]- حسن الساعاتي و عبد الحميد لطفي، مرجع سابق، ص87.
[2]- نفس المرجع،ص87.

[3] - United Nations, opcit, p6.
[4] - INED, le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord n°457, opcit, p2
[5] -Ibid, p2

الخصوبة التي تبقى تعرف ارتفاعا مقارنة بالمستوى العالمي، فإنها مازالت تعرف نسبا مرتفعة لفئة الشباب التي تقل أعمارهم عن 15 سنة، خاصة في دول قارة إفريقيا وذلك بنسبة 41%، حيث نجد أن أكبر نسبة تلك التي سجلت في أنغولا بـ 46%[1]، إلا أن ظاهرة تشيخ السكان قد بدأت تلوح بملامحها عليها، هذا حتى وإن كانت في بدايتها، ولكنها تتم بوتيرة أكثر سرعة من الوتيرة التي عرفتها الدول الغربية، نظرا لسرعة التحول الديمغرافي، وخاصة انخفاض الخصوبة التي تشهدها البلدان النامية في السنوات الأخيرة.

فنسب المسنين في هذه الدول النامية هي منخفضة مقارنة بالدول المتقدمة، حيث قدرت نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن الستين سنة بـ 8% من مجموع السكان، حسب تقرير الأمم المتحدة في 2009، وتبقى الدول الأقل نموا تشهد نسبة منخفضة جدا، والتي قدرت بـ 5% فقط، والتي ستصل إلى 20% من مجموع السكان حسب إسقاطات الأمم المتحدة بحلول سنة 2050[2].

وإذا تطرقنا إلى نسب تطور هذه الظاهرة لكل بلد على حدا من البلدان النامية، فإننا نجد أنها تختلف من بلد إلى آخر ومن منطقة لأخرى، وذلك حسب درجة بلوغها مراحل متقدمة من التحول الديمغرافي، خاصة البلدان الأسيوية، التي بدأت فيها نسبة الأشخاص المسنين في الارتفاع لتقدر بـ 10% من مجموع سكان قارة آسيا بحلول سنة 2009، خاصة دول شرق آسيا التي قدرت نسبة الأشخاص التي تزيد أعمارهم عن 60 سنة بـ 14%، حيث نجد في الصين أن الهرم السكاني بدأ يضيق في القاعدة، وجيل الشباب أصبح أقل عددا، والشيخوخة السكانية قد بدأت فيها، من خلال الارتفاع القليل لعدد المسنين التي قدرت نسبتهم بـ 12%، أما في الهند فإن الهرم السكاني للتركيبة العمرية للسكان لم يضق في القاعدة والتي مازالت واسعة، رغم أن عدد جيل الشباب بدأ في الاستقرار، لذلك هي تعرف نسبة منخفضة من المسنين وذلك بنسبة 7% فقط[3].

في حين نجد أن الدول الإفريقية مازال معظمها يعرف نسبا مرتفعة لمعدلات الخصوبة، التي تُبْقِي سكانها أكثر شبابا، حيث نجد على سبيل المثال في النيجر أن هرم الأعمار فيها يبقى دائما على شكل هرم، واسع القاعدة وحاد القمة، وهذا نتيجة زيادة نسبة الشباب أكثر فأكثر والارتفاع التدريجي لها، وما يرافقه من هبوط وانخفاض في سلم الأعمار، حيث يبقى أمل الحياة عند الولادة لها لا يتعد 51 سنة للرجال و54 سنة للنساء[4]، ولهذا فإن الشيخوخة السكانية لم يصل إليها بعد هذا البلد،

---

[1] - INED, tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p2.
[2] - United Nations, opcit, p1.
[3]- Ibid, p4.
[4] - INED, tous les pays du monde 2009, n°458, opcit, p2.

لكن سيعرف هذه الظاهرة في يوم ما، مع باقي الدول الأخرى الواقعة في جنوب صحراء إفريقيا.

ورغم هذه النسب المنخفضة لفئة المسنين في هذه الدول النامية، إلا أنه يتوقع لها أن ترتفع بوتيرة سريعة، وفي فترة زمنية قصيرة، والتي يتوقع لها أن تستغرق لكي تتضاعف على سبيل المثال من 7% إلى 14%، فترة تقدر ما بين 25-30 سنة فقط، في حين أن فرنسا التي تعتبر أول بلد عرف تضاعف نسبة الشيخوخة في سكانه، قد استغرق 114 سنة، في الفترة ما بين 1865-1979، وفي الولايات المتحدة الأمريكية مدة 71 سنة، فإنه في الصين يحتمل أن يتم هذا التضاعف خلال 25 سنة فقط خلال الفترة الممتدة بين 2001-2026، وفي إيران يتوقع حدوثه خلال 20 سنة فقط، أما في كل من فيتنام وسوريا فهي أكثر تسارعا، والتي يُتوقع فيها التضاعف خلال 17 سنة فقط.

فسرعة ارتفاع نسب التشيخ لهذه البلدان، في الأصل سوف تكون بفعل الانتقال والتحول الديمغرافي السريع الذي تعرفه هذه الدول، ففي الصين توجب 40 سنة فقط من أجل أن ينتقل معدل وفيات الأطفال من 200‰ إلى 30‰ بين سنتي 1950-1990، في حين أن نفس الانخفاض والتقلص لهذا المعدل استغرق أكثر من 150 سنة في فرنسا، في الفترة 1800-1950، كما استغرق 12 سنة فقط في الصين من أجل انخفاض الخصوبة من 5 أطفال لكل امرأة إلى 2.5 طفل لكل امرأة، في حين أن نفس التطور لهذا المعدل في فرنسا قد استغرق مدة قرن ونصف في الفترة الممتدة ما بين 1760-1916[1]، وبهذا فإنه سوف تكون نفس السرعة لظاهرة الشيخوخة التي هي في نمو وزيادة في مجموع دول الجنوب، وذلك نتيجة نفس الأسباب والعوامل.

3-2 تشيخ السكان في الدول العربية

على غرار الدول النامية، فإن الدول العربية هي الأخرى تشهد تغيرات ملموسة للتركيبة العمرية لسكانها، وهذا رغم أنها مازالت تعرف نسبا مرتفعة لفئة الشباب، وفئة السكان في سن العمل، إلا أنها تعرف انخفاضا في فئة الأطفال الأقل من 15 سنة، وبدأت ملامح التشيخ تظهر على سكانها.

فإن نسبة الشباب وفئة السكان في سن العمل، ستبقى مرتفعة إلى حدود سنة 2020، والتي تعد من المظاهر الايجابية لعملية التحول الديمغرافي، التي يجب استغلالها للاستثمار وتحسين إنتاجية العمل، ووضع برامج تسمح بالتكافل وترسخ مبدأ التضامن بين الفئات الاجتماعية والأجيال[2]، وهي فرصة أيضا لتوفير برامج التأمينات الاجتماعية، وتعميمها على كل المواطنين، من أجل توفير الموارد اللازمة للبرامج الصحية، وبرامج الرعاية لفئات المجتمع، خاصة فئة المسنين.

[1] - INED, le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, n°457, opcit, p3

[2] - حافظ شقير، مرجع سابق، ص36.

خاصة وأن هذه الفئة من المسنين تعرف ارتفاعا ملحوظا في السنوات الأخيرة في هذه المنطقة، حيث تزايدت نسبة المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة من 4.5% عام 1975، أي ما يعادل 7.8 مليون مسن، إلى نسبة 6.3%، ما يعادل 17.7 مليون مسن عام 2002، ومن المتوقع أن تصل إلى 9.2% بحلول سنة 2025[1].

كما تشير البيانات الحالية، لدولتي تونس ولبنان اللتان تعيشان مرحلة متقدمة من التحول الديمغرافي، أن نسبة المسنين فيها تفوق 10% من إجمالي السكان، وهي أعلى نسبة في هذه الدول، تليها كل من المغرب، والجزائر، وليبيا، وكذلك مصر بنسبة تتراوح ما بين 7-8%، لتبقى الدول الأخرى تتراوح فيها نسبة الشيخوخة ما بين 2-6%، ويلاحظ أن دول الخليج العربي تعرف أخفض النسب لهذه الظاهرة، خاصة دولتي قطر والإمارات العربية المتحدة بنسبة 2%[2].

وحسب الإسقاطات السكانية فإنه في عام 2025، ستدخل أربع دول فئة المجتمعات الأكثر تشيخا، تتجاوز فيها نسبة المسنين 15% من إجمالي السكان، وبحلول سنة 2050 فإنه لن يكون هناك دول عربية في فئة المجتمعات الأقل تشيخا، وستكون غالبية الدول العربية قد وصلت فئة الدول الأكثر تشيخا، بأعلى نسبة التي ستسجل في لبنان، بنسبة 26%[3].

ورغم أن نسبة المسنين في الدول العربية تبقى منخفضة، إلا أن الاهتمام بهذه الظاهرة يفرض نفسه في ضوء ما تشير إليه وتتوقعه الاستنتاجات الإحصائية، من أنها ستكون بوتيرة سريعة، وهذا في ظل ما تتميز به هذه الظاهرة من آثار وانعكاسات مهمة على أوضاع سوق العمل، وأنواع الخدمات الاجتماعية والإنفاق العام.

حيث أن هذه الزيادة المتوقعة في أعداد المسنين مستقبلا، وما يقابلها من تراجع في أدوار الأسرة الممتدة في رعاية المسنين، مع ظهور نمط الأسرة النووي، وكذلك الزيادة الملحوظة في تكاليف ونفقات المعيشة، وخروج المرأة للعمل، وعدم كفاية معاشات ورواتب المتقاعدين، حيث نجد أن 12% من المسنين بالإضافة إلى أنهم يعملون يتلقون أيضا مساعدات اجتماعية، و20% منهم لا يتلقون أي معاش أو مساعدة[4]، بالإضافة إلى زيادة الطلب على الرعاية الصحية المباشرة وغير المباشرة، والذي سوف يؤثر على أوضاع المسنين مستقبلا، هذا كله جعل الدول العربية تهتم بقضية المسنين، من خلال محاولة دمج هذه القضية في صلب السياسات الاجتماعية لها، وذلك من خلال السعي إلى تنفيذ الأولويات الستة التي حددتها خطة عمل الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة المنعقدة في فيينا سنة 1982،

[1]- جامعة الدول العربية، **إضافات سكانية**، العدد: 2، إدارة السياسات السكانية، جويلية 2002، ص 3.

[2] -United Nations. Opcit, pp 3-5.

[3] - IBID, p 7.

[4]- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية، مرجع سابق، ص20.

وهي الضمان الاجتماعي وضمان الدخل والعمل، وضمان التدريب والتعليم والصحة والإسكان والأسرة، والرعاية الاجتماعية[1]، كما تقوم في الوقت الحاضر أيضا بوضع آلية تعاون لتنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للجمعية العالمية الثانية للشيخوخة المنعقدة سنة 2002[2].

ونظرا لأوضاع المسنين في الوطن العربي، وكذا السعي إلى تحسين هذه الأوضاع، تم وضع خطة عمل عربية حتى سنة 2012، تسعى إلى تطبيق إجراءات اجتماعية واقتصادية، تنطلق من أولويات واحتياجات المسنين في العالم العربي، والتي تصب في خانة تمكين المسنين وتقديم الخدمات، وذلك بالتركيز على تدعيم وتأكيد دور الأسرة في رعاية المسنين، ومكافحة الفقر في أوساط المسنين وتأمين الدخل لهم، وتحديث نظم الحماية والضمان الاجتماعي، ومراجعة التشريعات القائمة وتحديثها، ووضع سياسات جديدة لمواكبة التطورات السريعة[3]، وإجراءات صحية ونفسية تقوم على التوعية والتغذية والوقاية والعلاج، وتطوير وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأساسية لتلبية احتياجات المسنين.

ثالثا: الاهتمام بظاهرة تشيخ السكان وبنتائجها في العالم.

بالإضافة إلى الأبعاد الديمغرافية التي تتميز بها ظاهرة تشيخ السكان نتيجة الزيادة المستمرة والسريعة لعدد المسنين، في تغير التركيبة العمرية للسكان، والتي تظهر كظاهرة جديدة سيواجهها العالم في القرن الواحد والعشرين، فإن لها أيضا أبعاد اجتماعية واقتصادية وأيضا صحية، التي ستنعكس على وضعية المسنين ونوعية حياتهم، والتي بدورها ستفرض تحديات على مجتمعات دول العالم لمواجهة تلك الاحتياجات المتزايدة لفئة المسنين، وما يتوجب عليها من توفير مختلف أنواع الرعاية لهم.

1-3 نتائج تشيخ السكان في العالم:

إن تزايد نسبة المسنين بالنسبة لمجموع السكان أدى إلى عدة نتائج انعكست على واقع المسنين بصفة خاصة، وعلى واقع مجتمعاتهم بصفة عامة، التي تستلزم ضرورة إعادة التخطيط بما يليق والوضع الجديد، بالنسبة للبلدان المتقدمة التي تعيش نتائج هذه الظاهرة، وضرورة التفكير في سياسات لاستعابها في البلدان النامية.

فإذا كان تشيخ السكان في الدول النامية بدأت ترسم ملامحها والتي يتوقع لها أن ترتفع بوتيرة سريعة، والتي باتت توجب على هذه الدول التأهب والاستعداد على جميع الأصعدة، من خلال تكييف سياساتها الاجتماعية والاقتصادية حسب هذا التغير، لاستقبال أعداد كبيرة من المسنين في المستقبل القريب، وضرورة استغلال

[1]- نفس المرجع، ص 3.
[2]- الأمم المتحدة. **شيخوخة السكان في الدول العربية**،، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا؛ نيويورك، 2007، ص12.
[3]- نفس المرجع، ص 5.

فرصة ارتفاع نسبة فئة السكان النشطون والاستفادة منها، من أجل تطوير اقتصادها، خاصة وأن هذه الدول كثيرا ما تكون لديها موارد وطنية محدودة تعتمد عليها، وهذا بالإضافة إلى تلك التغيرات التي ستترتب عليها آثار كبيرة بالنسبة لكل مجال من مجالات النشاط الاجتماعي والاقتصادي.

خاصة وأن التضامن العائلي المفروض والتي تحتمه هذه المجتمعات في البلدان الجنوبية، دون ذاك الذي نجده تحت نظام التقاعد، لا يقدر على احتواء الجيد والشامل لهذه الظاهرة، ليبقى عليها أن تبحث وتكتشف حلول أخرى، بهدف تجنيب هؤلاء الذين سيبلغون الشيخوخة البؤس والشقاء في الفترة الأخيرة من حياتهم[1].

فإن الدول المتقدمة وبالأخص الدول الأوروبية التي تعتبر من بين أوائل الدول التي شهد سكانها ظاهرة الشيخوخة، باتت تشكل لها هذه الظاهرة اليوم عائقا أو مشكلا تواجهه، نتيجة بداية تناقص عدد سكانها في ظل ما تشهده من تراجع في معدل الولادات والتي يصل أحيانا معدل خصوبتها دون مستوى عتبة تعويض الأجيال، بالإضافة إلى ما يطرحه أيضا الهيكل العمري لسكان هذه الدول، الذي يتميز بارتفاع نسبة المسنين، من مشاكل اقتصادية واجتماعية[2]، نتيجة ارتفاع نسبة إعالة المسنين، وما ينجر عنها من ارتفاع في نسبة وقيمة التكاليف والنفقات، من أجل تقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية كالإسكان والخدمات الصحية وتوفير وضمان معاشات هؤلاء المتقاعدين، والذي يطرح تحديا كبيرا للحكومات في كيفية الحفاظ على التقاعد العام، ونظم الضمان الاجتماعي الخاصة بالمسنين الذين يصلون إلى سن التقاعد ويعيشون مدة أطول[3]، مقابل تراجع نسبة السكان النشطون وكذا الارتفاع في نسبة البطالة، مما يهدد بتراجع عملية التضامن بين الأجيال التي تقوم عليها صناديق التقاعد، الأمر الذي جعل هذه الدول تشجع الادخار لتخفيف الضغط على صندوق التقاعد، وتعيد النظر في توزيع مواردها المالية[4].

حيث أن هذه المشاكل التي لها علاقة بالجانب المالي لأنظمة التقاعد قد تنبأ بها "ألفريد صوفي" منذ أربعين سنة في كتابة"éléments de démographie" الذي نشره سنة 1976، والذي نبه فيه إلى الأخذ بعين الاعتبار الوضع الديمغرافي أثناء صياغة قوانين وشروط التقاعد، ويظهر ذلك جليا وعلى سبيل المثال في نظام التقاعد في فرنسا، الذي أصبح يعرف تغيرا في الوضعية الديمغرافية التي يقوم عليها، من خلال تطور ثلاث عناصر؛ هي عدد المشتركين أو المنخرطين، وعدد المتقاعدين، واللذان بدورها يحددان معامل أو نسبة التكفل الخام بأولئك المتقاعدين، فبعدما كانت تعرف الأنظمة الاجتماعية وصناديق التقاعد عدد كبير من المنخرطين،

[1] - INED, , le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, n°457,opcit, p 4.
[2] - Jacques VALLIN, opcit, p110.
[3] -http://www.wfsp.Org/transtated-topics/1161-global-population-ageing-growing-old.30/02/2010.16h30.
[4] - INED. raisonner sur le vieillissement, in: **population et société**, n°341, décembre 1998. P4.

نتيجة ارتفاع نسبة المشتغلين، وانخفاض نسبة البطالة، وهذا مقابل عدد أقل من المتقاعدين، فإنه بدءا من سنة 1996، شهدت هذه الوضعية تغيرا جذريا، وذلك بتراجع عدد السكان النشطون المشتغلون، مما جعل أعداد المشتركين يشهد تراجعا، مقابل ارتفاع عدد المتقاعدين، الأمر الذي أدى إلى تراجع وانخفاض معامل التكفل الخام، فبعدما كنا نجد أن ثلاث مشتركين يدفعون لضمان معاش متقاعد واحد فقط، فقد أصبح اليوم كل ثلاث مشتركين يتكفلون بمتقاعدين اثنين[1].

إذن فأنظمة التقاعد في البلدان الشمالية التي بات يتوجب عليها تطوير معايير وقوانين التأمين لأعضائه في المستقبل، من أجل توفير شروط الحياة الملائمة، كما هي عليه اليوم، فقد التزمت هذه البلدان بإعادة هيكلة هذه الأنظمة من أجل الحد من آثار الشيخوخة السكانية، وتكييفها مع الواقع الديمغرافي لها، وذلك من خلال اتخاذ عدة إجراءات وتبني عدة مقاييس، والمتمثلة في رفع سن التقاعد إلى 65 سنة في أغلب الدول، وإلى 67 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية، ورفع مدة الاشتراك التي تقدر في أغلب البلدان بـ 40 سنة حتى يستطيع الشخص الاستفادة من التقاعد، وهي المدة التي اعتبرت كحل من بين الحلول الأخرى لمشكلة اختلال التوازن للجانب المالي لنظام التقاعد، نتيجة الانخفاض في عدد السكان النشطون المشتغلون وما يقابله من عدد المسنين المتزايد، وكذلك الخفض من قيمة المنح، وإخضاع المنح التمويلية للضريبة الجزئية[2].

بالإضافة إلى هذه النتائج والظروف الاقتصادية التي تعيشها هذه الفئة، فإنها تعرف أيضا زيادة في تلك الاحتياجات للخدمات الحياتية؛ خاصة الرعاية الصحية، نتيجة ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة في أوساط المسنين، وكذلك الأمراض المصاحبة لهذه المرحلة من العمر، وتميز هذا النمط من الانتقال الوبائي، التي تؤدي بدورها مع ارتفاع نسبة المسنين، إلى الضغط على الهياكل والمنشآت الصحية، وإلى ارتفاع النفقات والمصاريف المخصصة لهذه الفئة.

2-3 الاهتمام بظاهرة تشيخ السكان في العالم

فإذا كانت ظاهرة تشيخ السكان تعكس درجة التقدم والتطور الذي وصل إليه أي مجتمع، فإنها تطرح مع ذلك مشاكل جديدة للأنظمة الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وغيرها من الأنظمة، من خلال تلك النتائج والانعكاسات السلبية، التي يكون سببها الزيادة في أعداد المسنين، وما يقبلها من هبوط في فئة الأفراد المنتجين، التي تبقى من بين أهم الأسباب والدوافع التي تجعل عددا كبيرا من خبراء العالم حاليا يولون اهتماما كبيرا لها، وهذا في ظل تزايد احتياجاتهم الحياتية، ومزاحمتهم

[1] - INED. <u>la situation démographique des régimes de retraite en France, in : **population,**</u> n°5, 1998, pp1027-1032.
[2]- Desesquelles ALINE. <u>**le vieillissement démographique dans les pays développés**</u>, INED, paris,(s.d), p195.

لفئات المجتمع الأخرى في الرعاية الصحية، وما يتميزون به من قلة مواردهم المالية التي تعجز عن الوفاء بهذه الاحتياجات.

هذا الاهتمام الذي شمل الجانب الاقتصادي، من خلال نظام التقاعد، الذي هو عبارة عن مجموعة من التنظيمات ذات العلاقة بتسديد المعاشات، لأولئك الأشخاص المشتركين والمنخرطين في نظام التقاعد كتأمين على الشيخوخة، طيلة فترة نشاطهم المهني، هذا الاشتراك الذي يمنح لهم الحق في المعاش، وذلك بعد قضائه مدة معينة في وسط الشغل[1].

هذا النظام الذي أنشئ بهدف ضمان وتأمين مستوى أدنى ومرضي من الدخل أو المنح للعمال الذين كبروا في السن وبلغوا مرحلة الشيخوخة، فقد كانت أُولى منح المعاش التي حددتها الحكومة، في إطار التأمين على الشيخوخة للعمال الأجراء، التي تمت في ألمانيا في سنة 1873، وتلتها فرنسا سنة 1910، حيث أن هذا القانون كان يخص فقط العمال الأجراء والفلاحين، والذي امتد إلى غاية سنة 1930، ليشمل بعد ذلك التجار والحرفيين، ولينتشر بعد ذلك في عدد كبير من الدول الأوروبية الأخرى، وأيضا دول أمريكا الشمالية، في غضون السنوات الأولى من القرن العشرين[2].

فالتقاعد هو في الأصل ظاهرة جديدة نجمت عن التحول إلى المجتمع الصناعي، والذي كان يتوخى أن يكون وسيلة لرفع الظلم والقسوة عن الموظفين والعمال، الذين كانوا يعملون طوال حياتهم، من دون أي ضمانات أو حقوق بعد التقاعد، الذي حدد في الوظائف الرسمية في الدولة بدءا من سن الستين، وأحياناً يكون في سن الخامسة والستين في بعض البلدان، لذلك نجد منظمة العمل الدولية في السنوات الأخيرة تعمل على تجسيد توصيات المؤتمر الدولي للعمل للدورة 92 سنة 2004 من خلال محاولة إشراك المسنين في سوق العمل، وكذلك الدعوة إلى إصلاح أنظمة التقاعد والمعاشات وجعلها متماشية ومسايرة للأوضاع والظروف الاقتصادية والاجتماعية الراهنة[3].

فمن خلال كل هذا فإننا نلاحظ أنه بعدما كان هذا النظام في بادئ الأمر يحمل قيمة ضمان الحق والحماية للعامل الذي كبر في السن وأصبح غير قادر على العمل، فإنه أصبح اليوم نتيجة الواقع والظروف الحالية خاصة في المجال الاقتصادي يحمل صيغة توحي بأنه بات نظام يستغل في ضمان توزيع الموارد البشرية بصفة تسمح بمواصلة التطور الاقتصادي والتنمية المستدامة، من خلال الضغط الذي يتعرض إليه من حين إلى آخر، وأيضا وفي كثير من الأحيان من خلال الإصلاح والتعديل في القوانين التي تسير هذا النظام.

---

[1]- ENCARTA 2009, le vieillissement: système de retraite.
[2]- IBID.
[3] -http://www.un.org/arabic/esa/ageing: .منظمة العمل الدولية(24/02/2009/ 16h26)

ولم يتوقف هذا الاهتمام بالجانب الاقتصادي لهذه الفئة، بل تعداه إلى الجوانب المختلفة، التي تمس الجانب الصحي والاجتماعي؛ بظهور علم دراسة الشيخوخة أو علم حياة المسن الذي يعتبر من الفروع الحديثة نسبيا في جملة العلوم التي تدرس حياة الإنسان العضوية والنفسية والاجتماعية، والذي ظهر في النصف الثاني من القرن العشرين[1].

وفي الإطار نفسه ونتيجة لتزايد عدد المسنين في العالم واحتياجهم لصور مختلفة من الرعاية، تعدى هذا الاهتمام ليشمل الجوانب المختلفة المتعلقة بقضية المسنين في العالم، وزاد هذا الاهتمام عندما قررت الأمم المتحدة في دورتها الثالثة والثلاثين عام 1978، تخصيص سنة 1982، سنة لمناقشة قضايا هذه المرحلة من عمر الإنسان، ودراسة أوضاع المسنين في العالم، وتأمين الضمان الصحي والاجتماعي والاقتصادي لهم، وذلك بعقد الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة في فيينا، حيث كانت تعتمد خطة عملها على الإجراءات المتصلة بالتقدم في السن، من خلال تلك التوصيات التي تسعى إلى تحسين حياة المسنين، باتخاذ إجراءات في المجالات المتعلقة بالصحة والتغذية، والإسكان والأسرة، والرعاية الاجتماعية، وتأمين الدخل والعمل[2].

والتي تلاها اجتماع لجنة المنظمة الصحة العالمية في سنة 1983، ورفعت شعار " فلننصف الحياة لسنين العمر"، وطلبت من فروعها، أن تقدم مشروعها العملي لتحقيق هذا الشعار، وكان من نتائجها عكوف المختصين في المجالات المختلفة، من أطباء، وأساتذة تربويين واجتماعيين على دراسة قضية المسنين ومرحلة الشيخوخة، سواء بالمؤلفات أو الأيام الدراسية، واستمرت جهودها في السنوات الأخيرة، بتصميم ثلاث مبادرات، تمثلت الأولى إلى إنتاج مجموعة أدوات يمكن أن تجعل خدمات الرعاية الصحية الأولية أكثر سهولة واستجابة إلى المسنين، وتهدف الثانية إلى إصدار "دليل للمدن الصديقة للمسنين" يعطي إطارا للسياسات والخدمات والهياكل التي لها علاقة بالبيئة المادية والاجتماعية التي تدعم وتمكن المسنين من المشاركة الكاملة في المجتمع، أما المبادرة الثالثة فتهدف إلى إنشاء قاعدة معرفية، تساعد صناع السياسات في صياغة سياسات صحية واجتماعية متكاملة تركز على نُظم الرعاية الصحية الأولية، وتشمل الرعاية الأسرية والمجتمعية لهم[3].

وتواصلت الجهود في هذا الصدد، إلى جانب عقد عدّة منتديات، بعقد منتدى علمي في فلينسيا باسبانيا سنة 2002، والذي ضم أكاديميين دوليين، وباحثين وممارسين مهنيين لعلم الشيخوخة وطب الشيخوخة ورعاية كبار السن، وشرع

[1]- سعد الدين مسعد الهلالي، **قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الإسلامي**، مجلس النشر العلمي لجامعة الكويت: الكويت، 2002، ص8، ص17.

[2]- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002, مرجع سابق، ص 24.

[3] - http://www.un.org/arabic/esa/ageing: منظمة الصحة العالمية(12/03/2009).

المشاركون في تجميع معارفهم العلمية وتجاربهم، وبحثهم لأفضل السبل للتعامل مع قضايا الشيخوخة على مستوى الفرد والمجتمع[1].

خاصة أنه وفي الوقت الراهن، تمر مناطق العالم كلها بفترة انتقال من حيث انتشار الأوبئة، والتي تشير إلى وجود تحول وبائي من خلال تراجع الأمراض المعدية والجرثومية وانتشار الأمراض المزمنة والانتكاسية التي تصيب فئة العمر الثالث، بالإضافة إلى حق المسنين الحصول على خدمات الوقاية والعلاج، بما في ذلك خدمات التأهيل، والرعاية الصحية الجنسية، وتزويده بجميع سبل الحصول على الرعاية والخدمات الصحية، التي تشمل الوقاية من الأمراض[2].

كما أنه وبعد مرور عشرين سنة من انعقاد الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة، وفيما يواجه العالم مسألة الشيخوخة بكل عمقها، انعقدت الجمعية العالمية الثانية في مدريد سنة 2002، التي سعت لمساعدة الحكومات والمجتمعات على تخطيط السياسات التي ستضمن إمكانية أن يواصل الأشخاص المسنين الإسهام في تنمية المجتمع، بالاعتماد على خطة عمل تدرس الحقائق الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والديمغرافية للقرن الجديد، واعتبارها الإستراتيجية الدولية للعمل التي تخص مسألة الشيخوخة، أي أنها أداة فعالة لمساعدة الدول على صياغة سياسات تستجيب إلى تلك التغيرات الديمغرافية التي تحدث في مجتمعاتهم، وذلك بتركيز هذه المجتمعات على جميع الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية، باعتمادها على تدابير عملية لمواجهة التحديات التي تفرضها عملية الشيخوخة السكانية، وكذا ربط الصلة بين الشيخوخة والتنمية ولاسيما في البلدان النامية، بالإضافة إلى اتخاذ تدابير لتوطيد التضامن بين الأجيال[3].

حيث أن كل هذه الاهتمامات والإجراءات تجاه ظاهرة الشيخوخة السكانية، هو من أجل تنبيه مجتمعات دول العالم، بانعكاسات هذه الظاهرة، لكي تتجنبها فيما بعد، وكذلك من أجل تحسين نوعية حياة الأشخاص المسنين، من خلال السعي إلى توفير مختلف أنواع الرعاية لهم، وذلك وفق مختلف الخصائص التي تتميز بها هذه الفئة.

---

[1]- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص 24.

[2] - http://www.un.org./arabic/esa/ageing/: توفير الخدمات والرفاهية في مرحلة الشيخوخة (23/02/2010).

[3]- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص 24.

الفصل الثالث

أولا: مرحلة الشيخوخة وأهم التغيرات والمشكلات المصاحبة لها.

كنا تطرقنا في الفصل السابق، إلى الشيخوخة كظاهرة ديمغرافية مست مجتمعات العالم، خاصة مجتمعات الدول المتقدمة، نتيجة ارتفاع نسبة الأشخاص المسنين، والتي كانت لها آثار ونتائج سلبية مختلفة انعكست على هذه المجتمعات وعلى أوضاع المسنين، وما احتاجته هذه الأوضاع من اتخاذ إجراءات وتدابير للتكفل بهم، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى الشيخوخة باعتبارها المرحلة الأخيرة من مراحل العمر التي يصل إليها الإنسان، وما تتميز به من تغيرات في مختلف الجوانب.

فبالرغم من اعتبار الشيخوخة أنها مرحلة أساسية وحساسة من مراحل النمو عند الإنسان، وبالرغم من أنها حالة ناتجة عن اتحاد وتفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، التي تحدث مع التقدم في العمر، متأثرة بكل ما يحدث طول فترة حياة هؤلاء الأشخاص[1]، إلا أنه لم يتفق الباحثون على تعريف جامع وشامل لهذه المرحلة، فمنهم من حددها بعمر زمني مركزين على السن، والبعض الآخر بعمر بيولوجي مركزين على التغيرات البيولوجية، وآخرين أعطوها عمرا اجتماعيا رابطين إياها بالتغيرات الاجتماعية التي تصاحب هذه المرحلة، والبعض الآخر حددها بعمر نفسي، مبرزين بذلك الآثار السيكولوجية لها.

ومع أن السن شرط أساسي لحدوث الشيخوخة، والذي أصبح هناك اتفاق شبه عام على أن مرحلة الشيخوخة تبدأ في سن الستين، وفي بعض البلدان في سن الخامسة والستين، واعتباره العمر الذي تتضاءل فيه قدرات الجسم، وسنت على أساسه الحكومات تشريعات وقوانين خاصة بالتقاعد، تجبر بموجبها كل من يبلغ هذا السن من العمال والموظفين الانسحاب من العمل في معظم بلدان العالم، إلا أن البعض يرى أن هذا العمر الزمني لا يعتبر مؤشرا جيدا وموضوعيا لتحديد القدرات الوظيفية، ذلك أن الشيخوخة ليست مرتبطة بعدد السنين فقط، وإنما بتلك التغيرات والعلامات البيولوجية المميزة لهذه المرحلة، التي يمكن أن تحدث قبل هذا العمر أو بعده، والتي على أساسها يمكن القول بأن الشخص قد دخل مرحلة الشيخوخة، ما جعل كثير من الباحثين يفرقون بين العمر الزمني والعمر البيولوجي لهذه المرحلة.

ولذلك يعرف الباحثون في علم الحياة والعلوم الطبية الشيخوخة من الناحية البيولوجية:«على أنها تلك المجموعة من التغيرات البيولوجية للأشخاص، والتي تبدأ في الظهور بوضوح وبصفة حتمية مع التقدم في العمر، والتي تدل على الوهن والضعف في مختلف وظائف الجسم، حيث أن هذه التغيرات الناتجة عن التقدم في العمر تبقى متفاوتة في حدتها من شخص لآخر، حسب نمط الحياة لكل شخص، وتكون هذه المظاهر والتغيرات مرتبطة بالسن، الذي يدل خاصة على تراجع

[1]- Codin GENEVIERE et G. Raicheler. **santé et vieillissement – Approche psychosocial**, Armand colin, paris, 2005.pp 84-85.

وتناقص الليونة المفصلية والقوة العضلية، وفي مرونة الأنسجة التي تظهر خاصة على مستوى الجلد وبعض الخلايا العصبية، وكذلك في تصلب الأوردة والشرايين الدموية والتراجع في قوة وصلابة الجسم، والضعف والوهن في وظائفه بصفة عامة»[1].

الأمر الذي جعل الأطباء وعلماء الحياة والمختصين في الشيخوخة، يوجهون بحوثهم نحو هذه الظاهرة قصد التعرف أكثر على العوائق التي تحدث في هذا السن، حيث أن هذه التغيرات المتصلة بالسن لا تكون مرتبطة بالضرورة بالشيخوخة البيولوجية فقط، ولكن هي أيضا نتيجة العوامل النفسية والعوامل البيئية التي مر بها الشخص، والتي قد تسرع هذه العملية، وتزيد في الأمراض ذات الصلة بهذه المرحلة العمرية، حيث أنه في الوقت الحالي لا يوجد طريقة أو علاج لتفادي أو القضاء مباشرة على تلك التغيرات المصاحبة لمرحلة التقدم في العمر، وإنما يتم التخفيف منها من خلال السعي إلى تفادي والوقاية من الأمراض وتجنب العوامل التي تؤدي إلى تفاقم الوضع الصحي.

وفي المقابل يرى الباحثين في الجانب الاجتماعي أن الشيخوخة ليست فقط عملية بيولوجية تجعل الجسم يتقهقر ويتدهور بنائيا ووظيفيا، بل أنها أيضا مرحلة تعبر عن تلك التغيرات الجذرية في النشطات الاجتماعية التي اعتاد عليها الفرد واعتبار الشيخوخة مرحلة تراجع وخسارة للأدوار والعلاقات الاجتماعية السابقة،«ولذلك اعتبروا هذه المرحلة كبناء اجتماعي ناتج عن تلك البيئات الاجتماعية، والتي من غير الممكن أن تكون معزولة عن الحقيقة البيولوجية لها، والتي هي في إعادة تحديد، وصياغة دائمة، بفعل تطور وتغير هذه البيئات والظروف الاجتماعية».

حيث أنه في كل مجتمع وفي كل مرحلة من تاريخه، يحمل واقعا اجتماعيا يقر بوجود اختلافات بيولوجية وعمرية، التي على أساسها يتم تصنيف الأفراد، بتحديد وتخصيص أدوار ومكانة اجتماعية خاصة بكل فئة عمرية، وذلك من أجل تحضير وتهيئة الأنظمة الاجتماعية التي توافق دورة الحياة هذه، ولذلك يلاحظ أن الأدوار والمكانة الاجتماعية للمسن لم تكن مستقرة ونفسها عبر التاريخ، فالشيخوخة في المجتمعات قبل الصناعة لم تكن فيها العملية منظمة، حيث أنه كان يحظى المسنون بمكانة تتميز بالهيبة والاحترام والتقدير، نظرا لما يحمله المسنين من قيم الحكمة والخبرة، إلى جانب استمرارهم في المهام الاقتصادية والاجتماعية التي كانت مسندة لهم طالما سمحت لهم قدرتهم الجسمية واستطاعوا القيام بذلك، ولكن مع ظهور الصناعة، وبروز المجتمعات الصناعية، وما رافقه من ظهور أنظمة اجتماعية جديدة كنظام التقاعد، فقد تغيرت تلك المكانة والأدوار، والتي ترجمت من خلال ذلك التقهقر والتراجع في الأدوار والمكانة الاجتماعية للمسنين، فأصبح بذلك يحتل

[1] - ENCARTA, le vieillissement, 2009.

مكانة المعال والعاطل غير المنتج، الأمر الذي أدى بهم إلى فقدان الاندماج الاجتماعي وفقدان العلاقات الاجتماعية، و بالتالي تراجع منظومة الأدوار المتعلقة بهم[1].

أما علماء النفس فقد نظروا إلى الشيخوخة من ناحية الآثار النفسية الناتجة عن التدهور البدني من جهة، ومن تراجع الأدوار والعلاقات الاجتماعية من جهة أخرى، بوصفهم الشيخوخة أنها مرحلة متميزة لها خصائص نفسية تتمثل في تلك التغيرات الناتجة عن الاضمحلال الذي يمس القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي للشخص المسن، مؤدية بذلك إلى تراجع قدرته من الاستفادة من إمكانياته البدنية والعقلية للتصدي إلى ضغوط الحياة، أو تحقيق قدر كافي من الإشباع لحاجاته المختلفة، فتظهر تلك التغيرات النفسية المميزة لهذه المرحلة، المتمثلة في الشعور الشديد بالنهاية، والعزلة والانطواء، والميل إلى التصوف، وغيرها من الأعراض النفسية الأخرى[2].

ومن خلال كل ما ذكرناه يتضح من أن استخدام أكثر من معيار لشرح مرحلة الشيخوخة يعتبر أمرا هاما لتحديد هذه المرحلة من جميع الجوانب، ذلك أن الشيخوخة ليست مجرد مرحلة عمرية للنمو يصل إليها الإنسان، محددة فقط بالسن، وإنما هي أيضا محددة بمجموعة من المظاهر والعلامات المميزة لهذه الفئة العمرية، والمتمثلة في جملة من التغيرات التي تحدث للجسم من الناحية البيولوجية، وما ينتج عنها من الاضمحلال البنائي والوظيفي، التي تمس جميع أجهزة الجسم، بالإضافة إلى ما ينتج من خلال هذا كله من تغيرات اجتماعية، ونفسية، وعقلية، واقتصادية، والتي لها الأثر الكبير في بروز وحدوث تلك المشكلات المختلفة للمسنين، التي تحتاج إلى رعاية كل حسب نمطها.[3]

1- 1المشكلات الناتجة عن التغيرات البيولوجية:

حيث تبقى أهم التغيرات البيولوجية في مرحلة الشيخوخة هو ذاك التدهور في البناء الجسمي للمسنين الذي يدل على تناقص القدرة الوظيفية لأعضاء الجسم، وبالتالي التناقص المستمر في قدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية، وما ينتج عن هذه التغيرات البيولوجية جملة من المشكلات الجسمية التي تصنف إلى صنفين هما:

---

[1]- Raymond Boudon, Philippe Besnard, Mohamed Cherkaoui, opcit, p244.

[2]- حسن مصطفى عبد المعطي، **سيكولوجية المسنين**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة،الطبعة الأولى،2005، ص16.

[3]- نفس المرجع، ص ص17،18

1-1-1 التغيرات الجسمية الخارجية:وتحدث في الحالة المتقدمة من العمر مثل تجعد الجلد، وجفافه، وإصابة الشعر بالشيب، وتراجع في ردود الأفعال وكذا الحركة، وقلة انتصاب القامة، وترهل العضلات.[1]

2-1-1 المشكلات الجسمية الداخلية(الوظيفية): حيث أن تلك التغيرات الوظيفية ينتج عنها آثار في بعض أجهزة الجسم، حيث تضعف كل من حاستي السمع والبصر، كذلك ضعف الأجهزة الهضمية، والتنفسية والدورية، والبولية، وعجزها على القيام بوظائفها،وما ينتج عنه من مشاكل صحية، وزيادة احتمال الإصابة بالأمراض عند المسن، وهذا مثل الاضطراب في الجهاز التنفسي وما يسببه من ضيق في التنفس بسبب تقلص الحويصلة للرئتين، وارتفاع ضغط الدم، والسكر وتصلب الشرايين نتيجة فقدان الأوعية الدموية لمرونتها، بالإضافة إلى قلة المناعة في مواجهة الأمراض والشفاء منها بسرعة أقل[2].

حيث أن هذه المشكلات البيولوجية ما هي إلا مشكلات صحية وأمراض تصيب المسن، ذلك أن التقدم في السن يجلب في كثير من الأحيان مشاكل صحية وأمراض مختلفة، بسبب هذه التغيرات البيولوجية، وبالتالي يمكن تلخيص الأمراض الشائعة في هذه المرحلة من العمر على النحو التالي:

✓ أمراض القلب والجهاز الدوري: المتمثلة في تصلب الشرايين، وقصور الشرايين التاجية للدورة الدموية المغذية للقلب، ما يؤدي ذلك إلى الذبحة الصدرية أو حدوث جلطات القلب، بالإضافة إلى الإصابة بضغط الدم، وأمراض القلب الأخرى وجلطة أوردة الساق.

✓ أمراض الجهاز الحركي: وتشمل التهاب المفاصل، والتهاب العمود الفقري، وهشاشة العظام، والأورام السرطانية[3]، ومرض باركنسون الذي يطلق علية مرض الشلل الرعاشي، ورغم أن سبب هذا المرض غير معروف، إلا أنه قد ينسب سبب الإصابة إلى عدة عوامل مختلفة، مثل العوامل الوراثية والتهابات الدماغ و السموم، والإصابات التي يتعرض لها الرأس.

✓ أمراض الجهاز العصبي: كعته الشيخوخة أو ما يسمى بالزهايمر، وقصور الدورة الدموية المخية، وجلطة شرايين المخ والنزيف بالمخ، بالإضافة إلى الشلل وأورام المخ.

✓ أمراض الجهاز الهضمي: نجد منها قرح الفم واللسان و صعوبة البلع، أضف إلى ذلك قرح المعدة والإثني عشر والقولون، وسرطان الجهاز الهضمي، وزوائد القولون، والبواسير وسقوط الشرج، وأمراض الكبد، والإمساك والأنيميا.

---

[1]- عبد الله بن ناصر السدجان. **رعاية المسن في الإسلام**، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: الرياض، 1997. ص ص15- 16
[2]- حسن مصطفى عبد المعطي، مرجع سابق، ص18
[3]- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية 2002، مرجع سابق، ص11.

- ✓ أمراض الجهاز البولي والتناسلي: مثل قصور وظائف الكلى والفشل الكلوي، وسلس البول، وتضخم البروستاتة.
- ✓ الأمراض المعدية: التي تشمل النزلات الشعيبية المتكررة، والالتهاب الرئوي، بالإضافة إلى التهابات المسالك البولية.
- ✓ أمراض الغدد الصماء: مثل مرض السكر، وأمراض الغدة الدرقية.
- ✓ بالإضافة إلى الأمراض التي تصيب الأذن: كثقل السمع، أو فقده، والتي تصيب العين كقصور النظر، حيث يصبح المسن يرى الأشياء البعيدة أكثر من القريبة، وتعتم العدسة (المياه البيضاء)، ونقص حجم حدقة العين[1].

ولكثرة مشاكل الشيخوخة الصحية ذكر بعض الباحثين في تفسير العلاقة بين الشيخوخة وبين المرض ثلاثة اتجاهات، فالاتجاه الأول يرى أن الشيخوخة هي المرض، والاتجاه الثاني يرى أن الشيخوخة والمرض أمران منفصلان، والاتجاه الثالث يرى أن الشيخوخة والمرض عبارة عن مرحلتين في خط واحد متصل، ولا شك أن الاتجاهين الأول والثالث يجعلان من الشيخوخة والمرض أمران متلازمان أبدا، الأمر الذي يستلزم حاجة المسنين للرعاية الصحية حتى الوفاة[2].

في حين يبقى يرفض بعض الباحثين التصور الشائع بأن الشيخوخة هي مرحلة للتدهور الحتمي والأمراض المزمنة الخطيرة، وفقدان معنى الأداء الوظيفي ويرون أن هذا التصور خاطئ.

ولذلك يبقى موضوع التغيرات الصحية التي تطرأ على حياة كبار السن من أهم الموضوعات التي تناولها الباحثون بالدراسة، بوصفهم مرحلة التقدم في العمر بصفة عامة بأنها ضعف الصحة الجسمية، وذلك أنه حتى في ظل عدم الإصابة بالمرض يبقى المسنون عادة يشعرون بأنهم ليسوا على ما يرام، ويرى البعض أن زيادة مدة هذه المرحلة من العمر وزيادة نسبة كبار السن في المجتمع، سوف يجعلنا نواجه مشكلة زيادة انتشار أمراض الشيخوخة، خاصة النفسية والعقلية، كما هو الحال في المجتمعات المتقدمة.

حيث تبين من الدراسات أن أكثر من 80% من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يكون لديهم على الأقل مرض مزمن واحد، وأن توقع حياة بدون أمراض يقل بشدة بعد عمر 64 سنة، ويزيد هذا الاحتمال بعد سن التسعين، ذلك أنه إذا كان احتمال الإصابة بالمرض وارد في كل المراحل العمرية فإن هذا الاحتمال في الشيخوخة يكون أعلى منه في أي مرحلة أخرى، فيصاب المسنين بالعديد من الأمراض المزمنة، ونجد أكثر هذه الأمراض التي تصيب المسنين، التهاب المفاصل

---
[1]- نفس المرجع، ص11.
[2]- سعد الدين مسعد هلالي، مرجع سابق، ص59.

بنسبة 47% وضغط الدم بنسبة 14% واضطرابات السمع بنسبة 29% وأمراض القلب بنسبة 30%، هذا كما أشارت إليه بعض الدراسات، وفي مقابل هذا نجد أن الشفاء من الأمراض الأخرى التي تصيبهم عند تقديم العلاج لا يكون بصفة تامة، وإنما يتم التخفيف من حدتها[1].

إن كانت هذه هي الأمراض التي تصيب المسنين، فإن الحالة الصحية للفرد وطبيعة الأمراض التي تصيبهم، تعتبر محصلة لشبكة معقدة من التغيرات التي أمكن معرفة بعضها ومازالت البحوث الحديثة تواصل اكتشاف الجزء الآخر منها، وقد توصلت بعض الدراسات بأن المتغيرات الديمغرافية مثل العمر والجنس والمستوى التعليمي ونوع المهنة والتقاعد من العمل، تعتبر أيضا من أهم المحددات للحالة الصحية للمسنين، بالإضافة إلى اعتبار المكانة الاجتماعية وعدد الأمراض المزمنة أيضا من بين أهم المتغيرات المساعدة على تقدير المسن لحالته الصحية[2].

كما بينت نتائج دراسات أخرى أن للمستوى الاجتماعي والاقتصادي تأثير سواء على التقدير الموضوعي للحالة الصحية للمسن، أو التقدير الذاتي لها، حيث بينت أنه كلما ارتفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمسن كلما أحسوا أنهم بصحة جيدة، وتناقصت معدلات الإصابة بالأمراض بشكل عام عند هؤلاء.

فإن كانت تلك المحددات: الاقتصادية والاجتماعية والصحية لديها تأثير على الصحة الجيدة للمسن أو إصابته بالأمراض، فهل لهذه العوامل والظروف التي ذكرناها سابقا تأثير أيضا على نوع الرعاية الصحية التي يجب أن يتلقاها المسن، سواء على مستوى الدولة أو الأسرة؟ وهل هناك رعاية كافية ومناسبة لهذه الفئة من العمر أم لا؟

1 -2 المشكلات الناتجة عن التغيرات العقلية:

ونظرا لما يُعرف عن الشيخوخة، بأنها عملية مصحوبة بانحدار وتدهور ملحوظ في القدرات العقلية بصفة عامة، فإنه من أبرز مظاهر هذه التغيرات العقلية، نجد ضعف الذاكرة، والنسيان، وعدم القدرة على التذكر خاصة المعلومات الحديثة، كما تتضاءل عند الكبار السن القدرة على الإدراك والتعلم، إضافة إلى ظهور خرف الشيخوخة لدى البعض[3]، ويطلق عليه أيضا اسم الزهايمر، والذي يعود الفضل في اكتشافه إلى العالم الألماني الذي يدعى"الزهايمر:Alzheimer"، حيث يتميز هذا المرض بشكل عام بوجود تدهور عقلي، وخاصة فقدان الذاكرة والتدهور في التوجه المكاني و الزماني، كما تظهر سلوكيات متكررة ومزعجة من المريض لمن حوله، ويتمثل ذلك في تكرار الحديث مرات عديدة، وعدم القدرة على التحكم في إخراج

[1]- جمعة سيد يوسف، وعزة عبد الكريم مبروك، **الصحة الجسمية والنفسية للمسنين**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص ص 24-31.
[2]- نفس الرجع، ص 26.
[3]- عبد الله بن ناصر السدحان ، مرجع سابق، ص 17

الخروف أثناء الكلام، وقد ينتهي الأمر بالمريض إلى عدم التذكر من هو، أو التعرف على الأبناء والأقارب، حيث تستدعي حالة المريض بهذا المرض رعاية ومراقبة كاملة من ذويهم[1].

وتشير العديد من الدراسات أن نسبة الإصابة بهذا المرض عند المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة تتراوح مابين 4-6%، وتزيد هذه النسبة مع التقدم في العمر، فبعد 80 سنة تصبح نسبة الإصابة تقدر بحوالي 13% من المسنين[2].

هذا بالإضافة إلى مرض الخرف الوعائي الذي يعود سببه إلى وجود مشكلات في الأوعية الدموية، نتيجة انسداد في تدفق الدم في الدماغ، مما ينتج عنه تلف في منطقة من الدماغ التي تغذيها هذه الأوعية الدموية، وتراكم حدوث هذه الجلطات يؤدي إلى حدوث قصور في كثير من وظائف المخ، والتي تكون لها أعراض مختلفة، فمن بين أعراض هذا المرض الجسدية نجد الفقدان المؤقت للوعي والذاكرة ومشكلات في القلب، والفشل الكلوي، وارتفاع ضغط الدم، أما فيما يخص الأعراض الشائعة المتعلقة بالجانب النفسي، المتمثلة في عيوب الذاكرة والاضطراب الانفعالي، والاكتئاب، وهذه الأعراض تتشابه كثيرا مع أعراض الزهايمر، ما يجعل تشخيص هذا المرض صعبا.

ويعتبر هذا المرض ثاني سبب بعد الزهايمر في حدوث القصور الذهني المكتسب لدى المسنين، والذي يصيب حوالي 25% من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، كما يبقى عامل الخطر الرئيسي المتسبب في هذا المرض هو ارتفاع ضغط الدم، حيث وجد أنه حوالي 80% من المصابين بهذا المرض كانوا يعانون من ضغط الدم، ليبقى السكر والسمنة والتدخين من العوامل الأقل خطورة وتسببا في هذا المرض[3].

وهذه الأمراض العقلية التي ذكرناها تمثل فقط نموذجا لعدد من الأمراض التي تصيب المسنين وتؤثر على حالتهم العقلية، نتيجة تلف في جزء أو أجزاء من الدماغ، الأمر الذي يؤثر على سلوكهم البدني واللغوي والعقلي، وهذا كله يخلق صعوبات للقائمين على رعايتهم.

1 -3 المشكلات الناتجة عن التغيرات الاجتماعية:

يتعرض المسنون إلى العديد من التغيرات ذات الطبيعة الاجتماعية في حياتهم، والتي لها أثر على مختلف علاقاتهم الاجتماعية، وكذلك على مراكزهم، وأدوارهم،

---

[1]- محمد بن عبد المحسن التويجري، التحديات التي تواجه المسنين في المجتمع المعاصر، بـ: **مجلة شؤون اجتماعية** ،العدد 76، جمعية الاجتماعيين: الشارقة ، 2002، ص 134.

[2]- سعد الدين مسعد هلالي، مرجع سابق، ص59.

[3]- محمد بن عبد المحسن، مرجع سابق،ص135.

وأنشطتهم الاجتماعية، حيث تتميز هذه التغيرات الاجتماعية والتي تنتج عنها أنماط مختلفة من المشكلات الاجتماعية بما يلي:[1]

1- 3-1 التغير في الأدوار الاجتماعية للمسن: عند بدأ هذه المرحلة من العمر، يبدأ الشخص المسن في خسارة بعض أدواره الاجتماعية، وذلك بتصور المسن على أنه مجموعة من الأدوار الاجتماعية التي يلعبها، وفقدانه لهذه الأدوار تقابلها خسارة مماثلة في العلاقات التبادلية الاجتماعية والإشباعات المرتبطة بها.

حيث أن هذه الأدوار الضائعة لها أشكال كثيرة، فالفرد يمكن أن يفقد دور الشخص العامل وكاسب للقوت بالتقاعد، وما يتبعه من تضاؤل في الدخل، وما ينتج عنه من خسارة في العلاقات الاجتماعية مثل خسارة رفيق العمل والأصدقاء نتيجة لتقلص الأنشطة الفردية وقلة الحراك الاجتماعي، ويفقد دور الزوج بالترمل أو الطلاق، وما قد يسببه فقدان هذا الدور من الوحدة، وارتفاع نسب المسنين الذين يعشون بمفردهم، حيث تبين التقديرات أن 14% من المسنين في العالم يعيشون بمفردهم، والتي تنخفض عند الرجال إلى 9% مقارنة بالنساء التي تقدر نسبتهم بـ19%، وهذا يعود إلى احتمال أن النساء في هذا السن بعد ترملهن أو طلاقهن لا يعدن الزواج، عكس الرجال، وكذلك تقل هذه النسبة في الدول النامية لتقدر بـ 8% فقط مقابل 24% في الدول المتقدمة، حيث بالرغم أننا نجد الكثير من هؤلاء المسنين الذين يعشون وحدهم، هم نشطون اجتماعيا ويملكون الوسائل الكافية لإعالة أنفسهم، إلا أنهم معرضين للخطر خاصة في حالة المرض أو العجز العقلي، كما تكون هذه الوحدة أكثر خطورة عليهم إذا كان هؤلاء المسنين يعانون الفقر والعزلة الاجتماعية[2].

كما أن هذه التغيرات في الحياة العائلية من شخص متزوج إلى أرمل أو مطلق، وفي الحياة المهنية من شخص عامل إلى متقاعد، وفي الحياة الاقتصادية من شخص عامل وكاسب للقوت إلى شخص متعطل ذو دخل منخفض، هذا كله يساهم في ظهور مشكلة الشخص المعال عند المسن، مما يجعله يحتاج إلى المساعدة في المجال الصحي، والاقتصادي، والاجتماعي من طرف الآخرين[3]، معتمدا بذلك على جانب التكافل الاجتماعي ومساعدات أفراد أسرته بشكل خاص، وعلى مساعدات الحكومة وغيرها بشكل عام.

3-1-2 التغيرات الأسرية: يزيد تقلص منظومة المكانة الاجتماعية، بفقد مكانة الزوج بالترمل، ونتيجة لهذا تتقلص العلاقات الأسرية، بالإضافة إلى زواج الأبناء وخروجهم وانسلاخهم عن الأسرة الممتدة، وتشكيلهم أسر زواجيه، مما يحتم على الشخص المسن الاختيار بين العيش بمفرده بمنزله عرضة للوحدة لا يجد من

[1]- يحي مرسي عبد بدر، مرجع سابق، ص122

[2] - United Nation, opcit, pp 3-4.

[3]- يحي مرسي عبد بدر، مرجع سابق، ص ص 128-129.

يخدمه، نتيجة لضعفه وعجزه، أو العيش مع أحد الأبناء وما قد ينجر عنه من مشاكل عند التعامل مع زوجة الابن والأحفاد والإحساس بالتبعية، واحتدام الصراع بينه وبين أبنائه، نظرا لما تتميز به نمط الأسرة النووي الجديد من تلك التغيرات الحاصلة في طبيعة الأدوار والمكانة الاجتماعية، والعلاقات الأسرية بين أفراد هذا النمط من الأسر.

كما أن الانفصال والخروج عن الأسرة الممتدة وتفضيل الأسرة النووية، وما ينتج عنه من مشاكل مختلفة قد تؤدي إلى التفكك الأسري، وتقلص علاقات القرابة، وانعدام المودة والاحترام بين الشخص وأبنائه وأحفاده، ويؤدي ذلك إلى صراع الأجيال، مما يشعر المسن بالانعزال والوحدة والفراغ.[1]

ففقدان المسن لأهم الأدوار التي كان يلعبها والمكانة التي يشغلها بالإضافة إلى التغيرات الأسرية وما يتبعها من تغير في العلاقات تزيد من شعور المسن بالفراغ القاتل والاكتئاب، بالإضافة إلى وجود حاجات بدنية ونفسية وأمنية يصعب على المسنين القيام بها بأنفسهم، وكانت توفر لهم من طرف أفراد أسرهم، والآن بات من الصعب الوفاء بها.

وبالإضافة إلى كل هذه التغيرات والمشكلات الناتجة عن تلك التغيرات في الأدوار والمكانة الاجتماعية، والتغيرات الأسرية، فإن المسنين يعانون في كثير من مجتمعات العالم من سوء المعاملة، والتي في كثير من الأحيان تدفع هؤلاء إلى اللجوء والهروب إلى الشارع والتشرد، أو اللجوء إلى دور المسنين كبديل عن العيش في الشوارع، هروبا من عقوق الأبناء ومعاملتهم السيئة، أو هروبا من الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشون فيها مع أسرهم، حيث تشير بعض الدراسات التي اهتمت بدراسة طبيعة العلاقة بين المسنين وأسرهم ومجتمعهم، أن المسنين يتعرضون إلى شتى أنواع الإساءة، سواء الجسدية بالضرب والحرمان من الطعام أو الدواء، أو نفسية بالشتم والتهديد والتخويف، وإما مادية بالسرقة والنهب والاستعمال غير العقلاني لأموالهم وممتلكاتهم[2]، ووجد أن النساء المسنات أكثر عرضة للإساءة، كما وجد أن أكثر من يسيء معاملتهم هم الأبناء.

4-1 المشكلات الناتجة عن التغيرات الاقتصادية:

في كثير من الأحيان ما ينخفض الدخل عند المسن، وهذا راجع في أغلب الأحيان إلى التقاعد، وهذا الانخفاض في الدخل خاصة عند المتقاعدين يؤدي بهم إلى العجز عن تلبية العديد من الحاجيات، كتوفير الغذاء والنظافة الشخصية والمنزلية، وتوفير الدواء، خاصة إذا ما قارنا ذلك بتوقع إصابة المسن ببعض الأمراض خاصة المزمنة منها، وما تحتاجه من رعاية طبية وشراء الأدوية.

---

[1]- نفس المرجع، ص ص22- 23

[2]- سعد الدين مسعد هلالي، مرجع سابق، ص 69.

كما أن هذه الظروف التي يعيشها المسن، نتيجة تراجع مداخيلهم أو فقدها، وما ينجر عنها من آثار ومشكلات في انخفاض المستوى الاقتصادي والمعيشي للمسن وتعرضه للفقر، جراء التقاعد أو توقف المسن غير المؤمن عن العمل بسبب العجز والمرض، قد تؤدي إلى تقلص مكانته الاجتماعية، وتراجع أدواره وفقدانه النفوذ داخل أسرته، من خلال تخليه أو سلبه التصرف في ميزانية الأسرة، والخضوع للأبناء، وفقدانه سيطرته على قراراته وحياته.[1]

مما يجعل في كثير من الأحيان المسن المتقاعد يعيش مرحلة من الضغوطات المختلفة، تدفعه إلى التفكير في البحث عن عمل جديد، وغالبا ما يكون هذا العمل ذو أجر منخفض، أو يجد صعوبة في إيجاد عمل يتناسب وحالته الصحية وقدرته البدنية.[2]

فخسارة الأدوار المرتبطة بالعمل للمسنين وفقدانهم لمكانتهم في عائلاتهم، أصبح يطرح أنماط جديدة للاتصال العائلي، ويسبب ضغوطا اقتصادية جديدة للعائلة، وهذا بعدما كانوا يشكلون مصدر من مصادر الدخل للأسرة، بالإضافة إلى ما يولده التقاعد من شعور بالقلق والتوتر، والاكتئاب، وشعور المسن أنه عديم الفائدة في المجتمع، نتيجة الفراغ الذي يعيشه.

1 -5 المشكلات الناتجة عن التغيرات النفسية:

ترتبط التغيرات النفسية بالتغيرات السابقة الذكر بشكل كبير، خاصة بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، مثل التقاعد عن العمل، وتدهور صحته، ووفاة شريك الحياة أو الأصدقاء، ومن أبرز هذه التغيرات هو الصعوبة التي يواجهها المسن في تقبل دخوله لمرحلة الشيخوخة، وصعوبة توافقه مع الأدوار والمكانة التي تميز هذه المرحلة من العمر، وما ينتج عن هذا الوضع من شعور بالقلق والاكتئاب والملل، وما يصاحب ذلك من توهم الأمراض وكثرة الشكوى والعناد والشك وعدم الثقة في الآخرين، وإحساسه بانعدام الفائدة، وبأنه أصبح إنسانا غير مرغوب فيه، كما تزيد اهتماماته الدينية، وعمله على التوبة والتكفير عن الأخطاء، والإكثار من العبادات، لكي يشعر بالأمن الاجتماعي، وإذا استمر هذا الوضع، قد يؤدي به الأمر إلى احتمال إصابته ببعض الأمراض العصبية والنفسية.[3]

وتزيد هذه المشاكل النفسية خاصة عند الاقتراب من سن التقاعد أو التقاعد فعليا، والتي تعتبر مرحلة حرجة، بالأخص في المجتمعات التي تعطي قيمة للأشخاص العاملين، وتقلل من قيمة الأشخاص العاطلين عنه، الأمر الذي يجعله يتعرض إلى مجموعة من الضغوط الداخلية والخارجية، وهذا في ظل ما قد تتميز به مرحلة

[1]- نفس المرجع
[2]- محمد بن عبد المحسن التويجري، مرجع سابق، ص141.
[3]-عبد الله بن ناصر السدجان ، مرجع سابق ، ص ص16-17

التقاعد بالحتمية وقد تكون مستمرة إلى نهاية العمر، أو عابرة إلى حين الحصول على عمل جديد، مما يجعل هؤلاء المتقاعدين بحاجة إلى إرشادات تقدم لهم لمساعدتهم على تقبل الواقع الجديد والتأقلم معه، بالإضافة إلى مساعدتهم على تنظيم شؤون حياتهم، وشغل أوقات فراغهم، أو مساعدتهم على الرجوع إلى سوق العمل إن كانت لديهم إمكانيات ممارسة أعمال مناسبة لقدراتهم وتخصصاتهم في هذه المرحلة[1].

ولعل أنه من بين أهم المشاكل، المشكلة القائمة بين الشيخ ومن حوله هي مشكلة تغير الوضع، أو المكانة الاجتماعية لكل من الشيخ، ولمن حوله على السواء، فبينما يكبر ويتحسن الوضع الاجتماعي للأبناء، وتنمو المكانة الاجتماعية لهم، نجد أن الوضع الاجتماعي للمسن ومكانته يأخذان في التدهور، وهذا يحدث بصفة خاصة في المجتمعات الحديثة، حيث يتم تقييم الشخص المسن في ضوء مجموعة من المعايير النفعية المصلحية، وليس على ضوء مجموعة من المعايير الأخلاقية التي تعتمد على تقديس الشيخوخة في ذاتها والتي يتم بمقتضاها احترام الصغير للكبير.

ثانيا:أهم النظريات المفسرة لاحتياجات المسنين ومشكلاتهم

إن من أهم أهداف البحوث التي تطرقت في مواضيعها لدراسة قضايا المسنين هو اكتشاف مفتاح الحياة الناجحة لهم، وتوضيح مختلف العوامل والظروف التي تقود إلى إشباع احتياجات المسنين، وذلك من خلال كشف أهم المشكلات التي يتعرض لها المسنون والسعي إلى توفير الرعاية والحماية اللازمة لهم بهدف تخفيف آثارها عليهم، حيث نجد عدة نظريات اهتمت بتفسير هذه المشكلات والاحتياجات التي يتعرض لها المسن في هذه المرحلة.

لذلك نجد أن هناك عدد من النظريات التي اهتمت بموضوع الشيخوخة، بجوانبها المختلفة، فمنها من اهتمت بالجانب البيولوجي، بتركيزها على فهم النمو والمشكلات الصحية والفسيولوجية لدى المسنين والأمراض التي تصيبهم، وأخرى اهتمت بالجانب النفسي لها، بتركيزها على نمو الشخصية، ووصفها لمرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة من مراحل النمو، والتي تتشكل وفق الثقافة الاجتماعية السائدة، وتسير وفق محددات بيولوجية ونفسية واجتماعية، أما النظريات الاجتماعية فنجدها قد ركزت على المكانة الاجتماعية التي يحتلها المسن، وبالأدوار المتصلة بتلك المكانة، والسلوكيات الناتجة عنها، ولتوضيح ذلك أكثر، فإننا سنقتصر على أهم النظريات التي اهتمت بالجانب الاجتماعي، فيما يلي:

2-1. حسب نظرية الانسحاب : كما يطلق عليها أيضا نظرية التحرر من الالتزامات أو فك الارتباط، حيث تحاول هذه النظرية تفسير عملية الانسحاب

[1]- محمد بن عبد المحسن التويجري، مرجع سابق،ص142.

الاجتماعي الذي يقوم بها المسن، فهي ترى أن عملية الانسحاب هي عملية حتمية من الناحية البيولوجية والنفسية[1]، حيث يرى كل من" كمنج: cumming وهنري hanrey: ": بأن الشيخوخة هي عملية انسحاب متبادل وحتمي، مرة عندما يقطع المسنون أنشطتهم والتزاماتهم بشكل اختياري ومرة بتشجيع أو بإجبار من المجتمع، وذلك بالضغط على الناس على التقاعد عن طريق سن القوانين[2]، دون مراعاة قدرتهم من عدمها على مواصلة العمل، أي أن هذه النظرية تركز على عملية الانفصال التي تحدث بين الفرد والمجتمع، حيث ترى أن المسن ينسحب من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تدريجيا، ومن خلال ذلك فهو يتخلى على المكتسبات الاجتماعية التي حققها طوال حياته الاجتماعية نتيجة لما يحدث له من تغيرات نفسية وفسيولوجية تجعله عاجزا على أداء أدواره ونشاطاته المعتادة، وإما بإجبار من المجتمع الذي يجعل التقدم في العمر مؤشرا على عجزه وتراجع قدرته في العمل، وبذلك ينظر له نظرة فيها إعفاء من المسؤولية عامة، وجبره بذلك على التقاعد عن العمل، حيث نلاحظ أن عملية الانسحاب هذه سواء كانت اختيارية أو إجبارية فإنها تشترك في نقطة العجز والقصور في الوظائف العامة لدى المسنين التي بموجبها تتم هذه العملية.[3]

2-2.حسب النظرية الاجتماعية : تهتم هذه النظرية بتحليل أدوار المسنين داخل الأسرة، وذلك باعتبارها تتكون من مجموعة من الأعضاء، التي يمكن من خلالها حقيقة أن الإنسان ميال للاجتماع بالآخرين، وبالتالي يمكن توضيح العلاقة بين ديناميات الشيخوخة والدور الاجتماعي الأسري للمسنين.[4]

حيث يميل علماء الاجتماع إلى التركيز على العلاقة بين المسنين والمجتمع ودراسة المعايير التي يخضع لها المسنون في حياتهم وأدوارهم الاجتماعية، ومدى استمرارهم في أداء أدوارهم القديمة، فمن علماء الاجتماع الذين اهتموا ودرسوا هذه الموضوعات نجد:" دافيد ريزمان:David Riesman"، حيث أوضح وجود علاقة بين التعريف الثقافي والمكانة الاجتماعية للمسن، وذلك باستخدامه مصطلح نمط الشخصية، وتركيزه على نمط الشخصية المتكيفة، التي يتميز بها المسنين الذين استطاعوا التكيف مع عملية الشيخوخة، وهذا في ظل بقاء الظروف الثقافية ثابتة وغير متغيرة، وأطلق عليها اسم العناصر الثقافة الوقائية، وأدخل ضمنها عنصر المكانة الاجتماعية، وهناك أيضا: "رافاييل جنزبرج:Raphael Ginzburg" وهو من علماء الاجتماع الذين أوضحوا أهمية الجانب الاجتماعي في تناول عملية الشيخوخة، وذلك من خلال تبيين أن الوضع السيئ للمسنين في المجتمع الأمريكي نتيجة الاتجاه السلبي للمجتمع نحو المسنين، باعتبار هؤلاء المسنين أنهم أصبحوا عالة على

1-جمعة سيد يوسف .مرجع سابق ، ص 53 .
2- محمد بن عبد المحسن التويجري. مرجع سابق، ص ص 131 -132 .
3- ذياب البدانية ، مرجع سابق ، ص86 .
4- محمد سيد فهمي و نورهان فهمي . مرجع سابق ، ص 54 .

المجتمع، نتيجة عدم قدرتهم على القيام بأدوارهم الاجتماعية والاقتصادية، مقابل ذلك التدهور الفيزيقي والصحي[1].

وقد أوضحت العديد من الدراسات في علم الاجتماع المتعلقة بالشيخوخة، أنه مع تقدم الأفراد في العمر تتقلص علاقاتهم بالجماعات الاجتماعية، وتحدث الكثير من الخسائر في الدور تماثل التدهور السيكولوجي والفيزيقي، ومن ناحية أخرى لقد استخلصت الباحثة :" نيوجارتن: Neugarten" إلى نتائج مماثلة عن نمط ودرجة التفاعلات الاجتماعية للمسنين، حيث أوضحت وجود نقص في هذه العلاقات على المدى الطويل بخصوص أداء الأدوار الاجتماعية في مختلف نشاطات الحياة.

كما انتهى علماء الاجتماع إلى اكتشاف العديد من مظاهر خسارة الدور، وفي هذا الصدد أوضح فيليبس المظاهر التالية :

1 - فقدان الأدوار المهنية بتقاعد الرجال عن العمل، وتخلي النساء عن إدارة شؤون المنزل.

2 - الانسحاب من المجتمع النشط والقيادة التنظيمية.

3 - فقدان روابط العائلة مع تدهور العائلة الممتدة، وانهيار رابطة الزواج نتيجة لموت أحد الزوجين.

4 - فقدان المنزل المستقل.

5 - تدهور الرفاهية الاقتصادية، والاعتماد على دعم الآخرين في إدارة الأموال.

6 - فقدان المسن سيطرته على حياته وقراراته والتنازل عن الاختيارات، وبالتالي قبول مركز الخضوع للابن الأكبر.

7 - فقدان التفاعل مع الأشخاص الصغار.

8 - فقدان الاهتمام بالأهداف والتخطيط بعيد المدى نتيجة فقدان الأمل في المستقبل.

9 - فقدان الإنسان لقيمته في المجتمع.

وبالتالي فإن التغيرات سابقة الذكر تتضمن أيضا التغيرات في الحياة العائلية وفي الحياة المهنية والاقتصادية، وكل ذلك يساهم في احتلال المسن مركز المعال الذي يحتاج إلى مساعدة في مجال الإسكان والنقل والرعاية الصحية والمساعدة المالية من الآخرين.[2]

إذن فإن علماء الاجتماع مثلهم في ذلك مثل الفسيولوجيين وعلماء النفس فقد ركزوا على تدهور الأفراد مع تقدمهم في العمر، مركزين بصفة أساسية على تدهور

---

[1]- يحي مرسي عبد بدر ، مرجع سابق ، ص 120 .

[2]- نفس المرجع . ص ص129 -130 .

العلاقات الاجتماعية للمسن ببيئته المحيطة، وهذا التدهور بين الفرد والمجتمع، يعود إلى تدهور القدرات السيكولوجية والفسيولوجية له، معتبرين بذلك أن هناك ارتباط حتمي بين تدهور الخصائص الفسيولوجية والسوسيولوجية.

2-3.حسب نظرية النشاط: ظهر هذا النموذج من التفسير على يد "مادوكس، Maddox"عام 1970، كرد على نموذج التحرر من الالتزامات، حيث تنطلق هذه النظرية في تفسيرها، على أنه كلما كان الناس في شيخوختهم أكثر نشاطا، كلما كان مرورهم بمرحلة الشيخوخة بشكل أفضل[1].

وفي هذا النموذج، فإن الأشخاص الذين يمرون إلى مرحلة الشيخوخة بشكل ناجح، يتصرفون مثل الناس في العمر الأوسط، فهم يحتفظون بأكبر قدر ممكن من الأنشطة التي اعتادوا القيام بها قبل هذه المرحلة من العمر، بالإضافة إلى أنهم يجدون أنشطة بديلة عن الأنشطة التي فقدوها بسبب التقاعد، أو وفاة شريك العمر، أو وفاة الأصدقاء، ذلك لأن أدوار المسن، كدور العامل، ودور الأب، ودور الزوج، وغيرها من الأدوار، تعتبر مصدرا أساسيا للرضا في الحياة، فكلما زاد فقدها من خلال التقاعد، أو الترّمل وبعد المسافة عن الأبناء، كلما قل رضا المسن عن حياته.

وتفسر هذه النظرية، بأن العزلة التي يعيشها المسنين أو عدم قدرتهم على إيجاد أدوار أو نشاطات بديلة سببها، ما يعانيه المسنين من تقلص تفاعلهم الاجتماعي، بتراجع علاقاتهم مع عالمهم الخارجي، وكذلك نتيجة التدهور الجسمي والصحي الذي يزيد من صعوبة مواجهتهم للصعوبات، وعجزهم على إشباع احتياجاتهم.[2]

ولذلك يفترض هذا النموذج على وجه الخصوص، أنه على المسن البحث على بدائل للأدوار رئيسية أربعة كانت سائدة في نهاية مرحلة الرشد المتوسط، وهي فقدان العمل، ونقص الدخل، وضعف الصحة، والتغير في بنية الأسرة، وإن أمكن للمسنين تعويض هذه الأدوار المفقودة،[3] فإنه يحقق لنفسه توافقا ناجحا في شيخوخته، فالشيخوخة هي مرحلة فرص جديدة للأدوار الاجتماعية، وليس مرحلة انسحاب كلي من الحياة الاجتماعية.

2-4. حسب النظرية التنموية: وهي نظرية تنتقد ما جاء في نظرية النشاط ونظرية الانسحاب، حيث ترى هذه النظرية أن التكيف مع الشيخوخة يمكنه أن يستمر في عدة اتجاهات، وذلك اعتمادا على الحياة الماضية للمسنين، وتأكيدا على استمرارية أدوارهم كما كانت عليه في الحياة الماضية، فإن بعض العلماء أطلقوا على هذا المنظور نظرية الاستمرار، حيث تفيد نتائج كثير من الدراسات بأن المسنين الذين يمارسون نشاطات وأعمال، يكونون أكثر رضا عن حياتهم من المسنين

---

[1]- محمد بن عبد المحسن التويجري، مرجع سابق، ص ص130-131.
[2]- سيد فهمي محمد و فهمي نورهان، مرجع سابق، ص ص 50-51.
[3]- سيد يوسف جمعة و مبروك عبد الكريم، مرجع سابق، ص ص 54-55.

المنسحبين من العمل، حيث وجد علماء النفس أن أنماط الشخصية بصفة عامة، وفي هذه المرحلة من العمر بصفة خاصة، تؤثر على إدراكه المختلف للواقع، فيرون أن الواقع والعالم الخارجي أنه محفوف بالخاطر، كما أنهم يكونون أكثر انشغالا بحالتهم الداخلية، وأكثر حساسية لمواقف الاجتماعية التي يمرون بها.

وعندما يفشل المسنون في أن يظلوا مشغولين ببيئتهم الطبيعية، فإن منبع فشلهم يكمن في البيئة الاجتماعية نفسها، وليس نتيجة شيخوختهم، حيث يرون أن هناك عوامل أخرى مثل: المكانة في العمل، والحالة الصحية، والموارد المادية، والمكانة الاجتماعية والأدوار الأسرية، تؤثر على قدرة المسن بأن يتمتع بحياة مرضية، وذلك أكثر مما تفعله به الشيخوخة، أي: أن العوامل والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، هي التي لها الأثر الكبير في ظهور مشكلات هذه المرحلة، وليس التغيرات الداخلية البيولوجية والنفسية[1].

من خلال ما سبق يتبين لنا أن النظريات السابقة ترى أن التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين يرتبط بالتفاعل بين نوعين من العوامل، هما: العوامل الداخلية الخاصة بالشخص المسن، والعوامل الخارجية التي ترتبط بالبيئة والسياق الاجتماعي والثقافي، كما يرى بعض العلماء أن هذه النظريات نشأت في إطار السياق الاجتماعي والثقافي والحضاري للمجتمع الغربي والأمريكي خاصة، وأن صلاحياتها لدراسة مشكلات المسنين، وتقويم أوضاعهم أمر مشكوك فيه على مستوى الثقافات المختلفة والمتباينة، إلا أنه رغم هذه الانتقادات التي وجهت لهذه النظريات، فإنها تبقى اتجاهات نظرية مهمة للباحثين في هذا المجال، وذلك مع مراعاة الخصوصية الثقافية والاجتماعية للمجتمعات الإنسانية.

ثالثا: أنواع الرعاية المقدمة للمسنين

ونتيجة لكل تلك المشكلات التي تصيب المسن في هذه المرحلة من العمر، والتي تطرقنا إليها سابقا، ومع تزايد نسبة المسنين في السنوات الأخيرة، وتزايد تلك المشكلات والاحتياجات التي يعاني منها المسنين، فإنها تجعل من تدخل الدولة ذات أهمية كبيرة تجاههم، بل أمرا ضروريا من أجل الاهتمام بخدمات الرعاية المتكاملة، لهؤلاء الأفراد، وذلك من خلال قيامها بتقديم الخدمات لهم، سواء كان من خلال مؤسسات خاصة برعايتهم أو تدعيم رعايتهم داخل المنزل.

ولذلك السبب فقد تزايد في الآونة الأخيرة التنادي بالاهتمام بفئة المسنين، كما أنه بذلت جهود عملية لخدمتهم، التي انصبت على النواحي المادية فظهر ما يسمى بنظام التقاعد والتأمينات الاجتماعية والضمان الاجتماعي، ومن النواحي الاجتماعية والصحية والنفسية بسن قوانين تحمي هذه الفئة، وأيضا تَدْعَمُ دور الأسرة في رعاية

[1]-سيد فهمي محمد و فهمي نورهان، مرجع سابق، ص ص47-49 .

كبار السن، حيث تم تخصيص عام 1982 سنة دولية لمناقشة قضايا المسنين بدعوة من الجمعية العامة للأمم المتحدة، وتركيز الجهود من أجل معالجة مشاكلهم، وزيادة الاهتمام برعايتهم الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية، وجعل المسنين الفئة الأولى بالرعاية ومن جميع الجوانب[1]، وهذه المواقف دعمت وتم التأكيد عليها بانعقاد الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة سنة 2002، وقبلها انعقاد مؤتمرا دوليا بمناسبة الذكرى السنوية العاشرة لاعتماد خطة العمل الدولية للشيخوخة في سنة 1992، والذي تقرر بموجبها جعل سنة 1999 سنة دولية للمسنين، وهذا كله من أجل توفير مختلف أنواع الرعاية، وتحسين نوعية حياة المسنين.

3-1 الرعاية الصحية: رغم تمكن نظم الرعاية الصحية الحديثة من إطالة عمر أفرادها مما زاد من نسبة المسنين في الدول المتقدمة بصفة خاصة، التي زادت بها نظم الرعاية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، مما خفض نسبة الأمراض المسببة للوفاة، إلا أن هذه الزيادة باتت أيضا تسبب مشاكل صحية[2]، التي أصبحت تتطلب زيادة في كم وكيف الخدمات الصحية المقدمة لهم، ذلك أنه قد تزداد مشاكل المسنين تعقيدا في حالة عدم وجود من يرعاهم الرعاية الأسرية اللازمة، ولذلك فالأمر يتطلب عدد من المؤسسات الاجتماعية التي تتولى رعايتهم سواء الرعاية الطبية، أو الغذائية، أو الاجتماعية، أو النفسية[3].

خاصة إذا ركزنا على الجانب الصحي، فإن تلك الاحتياجات الصحية لهذه الفئة تختلف بطبيعتها عن احتياجات الفئات العمرية الأخرى، وعادة ما يكون المسنون أكثر من البالغين احتياجا إلى مزيد من الأطباء المختصين في هذا المجال، ذلك لأن نوع الأمراض ونسبة الإصابة بها تختلف عن تلك التي تصيب الفئات العمرية الأخرى، وذلك بما تتميز به بأنها أمراض تدل على انحلال القوى وضعفها، والتي يطلق عليها أمراض الشيخوخة وهي تميز الفئات العمرية المتقدمة، والذي سيؤثر بطبيعة الحال على نوع الخدمات في المستشفيات، وكذلك طبيعة التخصصات الطبية سواء التي تدرس في الكليات، أو التي يجب أن تتوفر في المؤسسات الاستشفائية، والتي نجدها أكثر في الدول المتقدمة، نظرا لما تتميز به من انتشار لهذه الأمراض بسبب النسبة المرتفعة للمسنين، الأمر الذي يستدعي إنشاء دور خاصة بالمسنين وتوفير العمال المتدربين لرعايتهم، وما يستدعي أيضا ضرورة إنشاء أقسام خاصة في كليات الطب تهتم بتدريس طب الشيخوخة.[4]

[1]- عبد الله بن ناصر السدجان . مرجع سابق ، ص ص6 -7 .
[2]- سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، **الصحة العامة، والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004،ص ص193-196.
[3]- نفس المرجع، ص 193.
[4]-المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا، **تعمر السكان و نتائجه الاقتصادية والاجتماعية**، تر: صلاح الدين شريف، تقديم:عبد المنعم الشافعي، دراسات سكانية، رقم 260 ،1956، ص134.

وبما أن الشيخوخة لا تختلف عن أي مرحلة عمرية أخري، حيث أن لها أنواعها من الرعاية الصحية والتي هي في الواقع ترتكز على أساسين الأول وقائي والثاني علاجي، فمن حيث الأساس العلاجي فإنه لابد أولا من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته، وذلك من خلال توفير المؤسسات الصحية المجانية، وتوفير خدمات الإقامة بالمؤسسات الصحية في حالة الإصابة بالأمراض التي تتطلب هذا النوع من الخدمات، فمثلا نجد في أمريكا نسبة 5% من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن65 سنة يتواجدون في المستشفى أو دور التمريض، وتغطى التكاليف من خلال برامج الرعاية الطبية التي وضعتها هذه المؤسسات.

أما الأساس الوقائي فيتمثل في توفير الخدمات الصحية الوقائية، التي يمكن لها أن تمنع أو تأخر الأمراض، سواء كانت مرحلية أو مزمنة، من خلال زيادة المعلومات الصحية لهم، عن طريق عمليات التوعية وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تعرضهم للمرض، وتحسيسهم بضرورة تجنبها، وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تجنبهم ذلك، وحثهم بضرورة القيام بها، فعلى سبيل المثال العمل على تجنيب المسن وإبعاده عن مجموعة من المواد الغذائية المضرة بصحته، وحثه على ممارسة مجموعة من الأنشطة الجسمية: كالمشي وغيرها، وكذا الاهتمام بنظافته بصفة عامة، وذلك حتى لا يكون عرضة لبعض الأمراض، أو من خلال الكشف الدوري للمسنين في المؤسسات الصحية، التي قد تكشف عن الأمراض في مراحلها المبكرة وبالتالي علاجها قبل أن يتفاقم الوضع.

حيث يتضح مما سبق أن رعاية المسنين لها محورين أساسين لا يمكن غض الطرف عن إحداهما أو التقليل من أهميته، فالأول يتمثل في الرعاية الخارجية التي يتلقاها المسن من غيره أومن البيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث تكون ملائمة لحاجته وملبية لمتطلباته ومتماشية مع حالته الشخصية والخصائص العامة التي يندرج تحتها هو وأمثاله من المسنين، أما المحور الثاني فهو المسن نفسه بما يكون لديه من وعي بنفسه وظروفه الصحية، فلابد له أن يكون متمتعا بمجموعة من المعلومات المفيدة وبمجموعة من المهارات الصحية والعادات السليمة، وأن يكون على حذر دائم من أن يقع تحت مجموعة من العادات السيئة التي قد تنال من صحته فيقضي بذلك شيخوخة مليئة بالأمراض[1].

حيث أن الاهتمام والحفاظ على صحة وجودة نوعية الحياة على مدى العمر يسهم إسهاما بالغا في إحساس المرء بأنه حقق ما كان يصبوا إليه، ذلك أنه غالبا ما يقترن التقدم في العمر في أذهان الناس باعتلال الصحة والضعف والعجز، مما يترتب على ذلك ضرورة توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية[2].

[1]- يوسف أسعد ميخائيل. **رعاية الشيخوخة**، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع: القاهرة ، 2000 . ص179.
[2]- نفس المرجع ، ص ص 169 – 170 .

2-3 الرعايـــة الاقتصـــادية: رغـم تلـك الإجـراءات التـي اتخـذتها الـدول والحكومـات فـي العـالم مـن أجـل تحسـين الجانـب الاقتصـادي للمسـنين، ومـن أجـل حمـايتهم وتـأمين مصـدرا للـدخل لهـم فـي هـذا العمـر، مـن خـلال تلـك القـوانين وأنظمـة الحمايـة الاجتماعيـة والضـمان الاجتمـاعي، وإنشـاء صـناديق التقاعـد، إلا أن هـذه الإجـراءات لـم تمـس كـل المسـنين، ولـم تضـمن دخـلا جيـدا وكافيـا لهـم، نتيجـة الـنقص الـذي يحـدث فـي دخـل المسـن عنـد إحالتـه علـى التقاعـد، مـن خـلال المعـاش الثابـت الـذي لا يقبـل الزيـادة المطـردة كمـا هـو الحـال بالنسـبة للمرتبـات، ومـا ينجـر عنـه مـن انخفـاض المسـتوى المعيشـي للمسـن وذلـك فـي ضـوء الزيـادة المطـردة فـي الأسـعار علـى المسـتوى المحلـي والعـالمي، ومـا يقابلـه أيضـا مـن العـادات الاسـتهلاكية التـي تعـود عليهـا المسـن، بالإضـافة إلـى الأعبـاء الإنفاقيـة الأخـرى خاصـة العـبء الإنفـاقي الجديـد المتمثـل فـي مصـاريف العـلاج نتيجـة المشـاكل الصـحية التـي يتعـرض لهـا فـي هـذه المرحلـة، والـذي يضاف إلى ما يتحمله المسن من أعباء.

فأمـام هـذه المطالـب والاحتياجـات الملحـة والضـرورية، فإنـه بـات لزامـا علـى الـدول والحكومـات ضـرورة إعـادة النظـر فـي هـذه الـنظم والقـوانين، وإيجـاد حـل لهـؤلاء المسـنين والسـعي إلـى تحسـين مسـتواهم المعيشـي ومحاربـة الفقـر فـي أوسـاطهم، ولـذلك لـيس مـن المغـالاة والمبالغـة المطالبـة بالزيـادة فـي معاشـاتهم، بالإضـافة إلـى ضـرورة وضـع قـوانين خاصـة مـن أجـل تسـهيل عمليـة الاسـتفادة مـن الضـمان الاجتمـاعي والتأمينـات الاجتماعيـة لهـذه الفئـة، وكـذلك ضـرورة مسـاهمة أسـرهم وكـل المجتمـع بمؤسسـاته الخدماتيـة لتقـديم المسـاعدات لهـم، سـواء كانـت ماديـة أو خدماتيـة[1]، أو مـن خـلال السـعي إلـى إيجـاد عمـل آخـر بعـد التقاعـد يتماشـى مـع قـدراتهم فـي العمـر، حيـث تشـير الإحصـائيات أن نسـبة 24% مـن المسـنين فـي العـالم ينتمـون إلـى قـوة العمـل ونشـطون اقتصـاديا، والـذي يكـون عـددهم أكثـر فـي الـدول الناميـة بنسـبة 47% نجـد مـن بيـنهم النسـاء أيضـا، مقابـل 14% فقـط، مـن المسـنين الـذين هـم ضـمن السـكان المشـتغلون فـي الـدول المتقدمـة[2]، وهـذا نتيجـة الظـروف المعيشـية المتـدهورة التـي تـدفعهم إلـى الاستمرار في العمل بعد التقاعد.

وفـي هـذا الصـدد فقـد سـعت الأمـم المتحـدة فـي إطـار نشـاطات صـندوق الأمـم المتحـدة للأنشـطة السـكانية، إلـى القضـاء علـى الفقـر خاصـة فـي أوسـاط المسـنين، والتـي يعتبـر هدفا أساسيا من بين أهداف خطة العمل الدولية للشيخوخة، التي تهدف إلى[3]:

- ❖ خفـض نسـبة المسـنين الـذين يعـانون الفقـر المـدقع إلـى النصـف بحلـول سـنة 2015.
- ❖ إدراج كبار السن في السياسات والبرامج لتحقيق هدف الحد من الفقر.

[1]- نفس المرجع ، ص ص 253 -254 .

[2]-United Nation, opcit, pp 3-4.

[3]- http://www.un.org/arabic/esa/ageing: القضاء على الفقر. 2009

- ❖ العمل على المساواة في استفادة كبار السن من فرص العمل وفرص الحصول على دخل.
- ❖ تعزيز التعاون الدولي لدعم الجهود الوطنية الرامية إلى القضاء على الفقر تماشيا مع الأهداف المتفق عليها دوليا.
- ❖ السعي إلى اتخاذ تدابير ملائمة في مجال الحماية الاجتماعية والضمان الاجتماعي من أجل التصدي لظاهرة تفشي الفقر في أوساط النساء، لاسيما بين المسنات منهن، سواء كانت تقوم على الاشتراكات أم لا.
- ❖ نشر برامج لتمكين جميع العمال من الحصول على الحماية الاجتماعية الأساسية، بما في ذلك المعاشات التقاعدية، والتأمين ضد العجز والاستفادة من الرعاية الصحية، إن أمكن.
- ❖ وضع وتنفيذ سياسات ترمي إلى توفير الحماية الاقتصادية والاجتماعية الكافية في فترة الشيخوخة.
- ❖ السعي إلى تأمين دخل أدنى كاف لجميع كبار السن، وتركيز اهتمامهم بصفة خاصة للفئات المحرومة اجتماعيا واقتصاديا.

3-3 الرعاية الاجتماعية: كما سبق وأن تطرقنا إلى أهم التغيرات التي تحدث للمسن في هذه المرحلة والمشكلات التي تنجر عنها، ومنها المشكلات الاجتماعية التي تتمثل في تراجع وتخلي المسنين على بعض أدوارهم ومكاناتهم وكذا التدهور الذي يحصل لعلاقاتهم وتفاعلهم بالمحيط الاجتماعي لهم، سواء في الأسرة أو المجتمع ككل، وما يتبعه من عدم تقبل الوضع الجديد وصعوبة التأقلم معه، والإحساس بانعدام فائدتهم والشعور بالاكتئاب والعزلة، بالإضافة إلى ما قد يحدث من صراع بينهم وبين جيل الشباب، وما قد يتعرضون له من سوء المعاملة.

ولذلك فلابد من توفير رعاية اجتماعية خاصة بهذه الفئة، فإنه إلى جانب واجب جميع أفراد أسرة المسن من أبناءه وأحفاده وزوجات أبنائه تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاجها المسن، إذا حرم من رعاية شريك حياته، أو حرم من أقرب المقربين له، حيث لا يتأتى ذلك إلا من خلال ما يطبع علاقاتهم الاجتماعية لهؤلاء الأفراد من تكافل اجتماعي وتضامن، حيث ما أعظم أن يتكفل الأبناء بآبائهم في الكبر كما سبق وأن تكفل آباؤهم بهم في الصغر، وذلك من خلال توفير الضمان والأمن الاقتصادي لسد حاجاته المادية.

فالتضامن بين الأجيال على جميع المستويات - في الأسر والمجتمعات المحلية- شرط أساسي للتلاحم الاجتماعي، كما يعتبر أيضا قاعدة لنظم الرعاية العامة الرسمية ونظم الرعاية غير الرسمية، ولذلك فإنه في كثير من الأحيان التغير في الظروف السكانية والاجتماعية والاقتصادية يقتضي أيضا تعديل نظم المعاشات والضمان الاجتماعي والصحي والرعاية على المدى الطويل، وذلك من أجل

المحافظة على ذلك التضامن بين الأجيال التي تقوم عليها هذه الأنظمة، وبالتالي الحفاظ على النمو الاقتصادي والتنمية وتأمين الدخل وتوفير الخدمات بصورة ملائمة وفعالة لهذه الفئة من المسنين.

كما يمكن أن تكون الروابط بين الأجيال ذات قيمة كبيرة للجميع على صعيد الأسرة والمجتمع، ولذلك ينبغي لجميع قطاعات المجتمع، بما فيها الحكومات، أن تعمل من أجل تعزيز تلك الروابط والعلاقات، وهذا بالرغم من أن العيش مع الأجيال الصغيرة ليس بالاختيار المفضل أو الأحسن على الدوام لكبار السن[1].

ومن أجل إرساء وتعزيز هذا التضامن، سواء على مستوى الأسرة أو المجتمع، حثت الأمم المتحدة بضرورة اتخاذ إجراءات مختلفة نذكر منها:

- ❖ تشجيع فهم الشيخوخة عن طريق التثقيف العام بوصفه موضوعا يهم المجتمع بكامله.
- ❖ وضع مبادرات تهدف إلى تعزيز التبادل المثمر بين الأجيال، والتركز على كبار السن بوصفهم يشكلون موردا اجتماعيا.
- ❖ زيادة فرص المحافظة على الروابط بين الأجيال وتحسينها داخل المجتمعات المحلية، وذلك من خلال جملة من الأمور نذكر منها تيسير اللقاءات بين جميع الفئات العمرية وتجنب التفريق بين الأجيال.
- ❖ الاهتمام بأوضاع الأجيال، خاصة بالجيل الذي يتعين عليه العناية بالأبوين وبالأطفال وبالأحفاد في نفس الوقت.
- ❖ تشجيع وتعزيز التضامن والتكافل فيما بين الأجيال بوصفهما عنصرين أساسيين من عناصر التنمية الاجتماعية.

فبالإضافة إلى علاقة التضامن والتكافل التي يجب أن تكون بين المسن وأفراد أسرته والمجتمع بصفة عامة، فإن المسن أيضا بحاجة إلى التكيف والتأقلم مع الوضع الجديد، وذلك من خلال الإرشاد الاجتماعي له، الذي يجب أن يقوم بتبصير الشيخ بموقفه الحالي في المجتمع، سواء تمثل المجتمع في النطاق الضيق للأسرة، أو تمثل في المجتمع الخارجي بمؤسساته المختلفة[2]، ومن أبرز هذه الطرق هو إقناع المسن بأنه ليس منبوذا من طرف المجتمع المحيط به ويتحقق ذلك من خلال معاملاته باحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته، وإلى جانب تقبل الشيخ لوضعيته الجديدة، يجب أيضا إقناع الشيخ بتقبل أوضاع الآخرين من حوله وما صارت إليه تلك الأوضاع، من تغير في الأدوار والمكانات الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية.

---

[1]- http://www.un.org/arabic/esa/ageing: التضامن بين الأجيال

[2]- يوسف أسعد ميخائيل ،مرجع سابق،ص ص 244-246 .

كما أن الإرشاد الاجتماعي للأسرة، لا يقتصر على إرشاد الشيخ ومطالبته بالتكيف في الواقع الجديد، وأن يعدل سلوكه في ضوء تلك المتغيرات، بل يستهدف أيضا التأثر في سلوك المحيطين به، من خلال تغير سلوكهم وتعديله في ضوء المتغيرات النفسية والاجتماعية التي حدثت للمسن.[1]

ذلك أن المسن في هذه المرحلة يكون بحاجة إلى العطف والمرح والترفيه، وتجنيبه الوحدة والفراغ، من خلال جعله يقوم بنشاطات مختلفة ترفيهية وخيرية، وكذلك عليهم احترامه واستشارته في أمورهم، وهناك كثير من الأشياء التي يجب أن يتم تكيفها مع واقع المسن من خلال نوع المأكولات التي يتم إعدادها للأسرة وغيرها من الأمور.

والرعاية الاجتماعية للمسنين لا تقتصر فقط على العناصر التي ذكرناها سابقا، حيث رغم أن هذا الرشاد الاجتماعي للمسن وأفراد أسرته ومجتمعه، كفيل بجعل العلاقة بينهم جيدة وخالية من الصراع وسوء الفهم وكذلك سوء المعاملة، إلا أنه كثيرا ما يتعرض الأشخاص المسنين للعنف وسوء المعاملة، والتي بدأت تنتشر خاصة في السنوات الأخيرة مع الارتفاع المتزايد لعدد المسنين، والتي بدأت تلفت انتباه الرأي العام، واعتبارها مسألة حقوق إنسان، حيث حرصت الأمم المتحدة على التصدي إلى هذه الظاهرة وعلاج هذه المشكلة، وذلك من خلال السعي إلى تلبية احتياجات وحقوق الأشخاص الأساسية في مختلف مراحل حياتهم، وخاصة حقوق كبار السن، التي نذكر من بينها وأهمها حسب ميثاق مبادئ الأمم المتحدة ما يلي[2]:

- حماية حقوق المسن الطبيعية، وتكريس ذلك بنصوص قانونية.
- حماية المرأة المسنة على وجهة الخصوص، لما للمرأة من دور في الأسرة، وصعوبة انفصالها عنها.
- تحقيق الذات والتمتع بالشخصية والكرامة.
- الحق في الضمان الصحي والمعيشي.
- الحق في الأمن الاجتماعي على النفس والمال والحرية، وكل ما يعرض المسن للخطر.
- الحق في بقاء المسن في الأسرة، وأن يكون محور الاستقطاب فيها، حيث يشعر بالاطمئنان النفسي طالما هو محاط بأفراد أسرته.
- الحق في مسكن لائق للمسن سواء في محيطه العائلي الطبيعي، أو في محيط مؤسسة الرعاية عند الضرورة والاقتضاء.

ومن خلال هذه الجهود، فقد أدى الوعي بسوء معاملة كبار السن والاعتراف بهذه المشكلة، إلى تغير وتعديل السياسات الاجتماعية في البعض من البلدان من خلال

[1]- نفس المرجع . ص 246 .
[2]- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية2002، مرجع سابق، ص14.

سن تشريعات جديدة تجرّم سوء معاملة كبار السن وتشدد العقوبات على بعض الجرائم في حقهم، واعتمادها في بعض الحالات على قواعد تنظيمية وسياسات لتكملة القوانين الرسمية لإنشاء نظم التدخل، في حين تبقى بعض البلدان ليس لديها تشريعات مصممة خصيصا لحماية كبار السن من سوء المعاملة، وإن وجدت فهي قليلة ولا ترقى إلى المستوى المطلوب[1].

4-3 الرعاية النفسية: إن ارتباط الصحة النفسية بالصحة الجسمية، والواقع أنه بالنسبة للشيوخ، فإن الكثير من الأمراض والمشاكل النفسية العقلية التي تصيبهم، ما هي إلا نتيجة ما قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية وما ينجر عنه من نسيان وقلق وعزلة ووحدة.

ونتيجة للمشكلات النفسية التي قد تحدث لهم، فإنه يتوجب على المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة التي تقدم رعاية نفسية خاصة لهم، حيث إن هذه الرعاية النفسية بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنقية الجو المحيط بالشيخ وذلك أن مرحلة الشيخوخة تتسم بالحساسية الشديدة، فإنه أي تعكير للجو المحيط به، يزداد تعقيدا إذا ما أضيف إلى العوامل النفسية، والحساسية الزائدة لديه، ولعل من أهم العوامل التي ينبغي الحرص على تحقيقها لتنقية الجو الاجتماعي المحيط به هو توعية المتعاملين معه لتوفير الجو الاجتماعي المناسب له، ذلك أن وعي المتعاملين مع المسنين من خلال ما يجب إتباعه وما يجب تجنبه مهم وضروري، لتوفير الظروف المناسبة لإحداث تفاعلات جيدة في نفسية المسن والتي تبعث على السعادة والرضا، حيث يجب أن يستأصل من الجو الاجتماعي المحيط بالمسن كل ما من شأنه أن يشعره بالإهانة والغضب، وكذا تعييره بالمرض أو الفقر وإلى ما ذلك من السلوكيات المثيرة للغضب في نفسية المسن.

حيث إن تنقية الجو للمحيط الاجتماعي للمسن لا يكفي وحده، بل لابد أن يتبع ذلك تنقية الجو الداخلي النفسي للمسن من كثرة الأفكار التي يمكن تعرقل سعادة الشيخ، وتجعل حالته النفسية معقدة، وسيئة مثل فكرة الموت، الشعور بالذنب، الاكتئاب، واحتقار الذات، والوسواس، فإن هذه الحالات النفسية وخاصة إذا تأزمت فإنه لا يمكن التغلب عليها والتخلص منها، إلا من خلال تقديم علاج نفسي طبي، رغم عدم قدرة الطب على علاج هذه الأمراض النفسية بصفة كاملة وهذا رغم من وصل إليه في هذا المجال في ضوء هذه المرحلة التطورية[2].

حيث أنه إن كانت هذه هي مختلف أنواع الرعاية التي يتوجب على أفراد المجتمع أن يقدموها للمسن، من أجل أن يعيش هؤلاء حياة خالية من المشاكل، فإن هناك مواقف وآراء مختلفة حول تقديم هذه الرعاية.

---

[1]- http://www.un.org/arabic/ase/ageing: حقوق الإنسان (12/02/2010- 13h23).

[2]- يوسف أسعد ميخائيل ،مرجع سابق. ص ص203- 213 .

رابعا: المواقف المختلفة حول تقديم الرعاية للمسنين.

إن التباين بين تلك النتائج للدراسات الخاصة بمرحلة الشيخوخة، التي توصلت إلى أن للشيخوخة خصائص تلازمها، كالتدهور في الصفات الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، التي لا أمل في تجنبها والتخفيف منها، الأمر الذي ولد إحساس متشائم، بأن هذه الأمراض لا أمل في الشفاء منها، وبين تلك النتائج التي حققها الطب في مجال الجراحة والأدوية والاكتشافات، التي أدت إلى ظهور إحساس جديد بالأمل بأن العلاج من هذه الأمراض ممكنا، من خلال إمكانية زرع العدسات الصناعية، تصحيح القرنية للمصابين بضعف البصر، وكذلك العلاج بالأعشاب ذات الخصائص المنعشة للجسم، ومركبات الفيتامينات والمعادن، وغيرها من الأدوية وأنواع العلاج الأخرى التي يمكن لها أن تساعد على تحسين صحة هؤلاء المسنين.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى اختلاف الثقافات والعقليات والقيم باختلاف المجتمعات، التي تنعكس على النظرة إلى المسنين من الناحية النفعية من عدمها في هذه المرحلة من العمر، من خلال المقارنة بين تلك الأموال التي تصرف على رعايتهم، ودرجة المنفعة والاستفادة من أولئك المسنين، غاضين الطرف على المدة التي قضاها هؤلاء في خدمة وبناء مجتمعهم وأسرهم، وأن له الحق في هذه المرحلة من العمر أن يحيا حياة خالية من المشاكل والمعاناة، الأمر الذي أدى إلى بروز اتجاهات مختلفة في السعي إلى حل إشكالية المسنين في دول العالم، والتي تباينت بين مؤيد ومعارض على أحقية المسنين في تلقي الرعاية بمختلف أنواعها، وبالأخص المتعلقة بالجانب الصحي، ومن بين هذه الاتجاهات نذكر:

1-4 المواقف غير المدعمة لرعاية المسنين:

وتتقدمها تلك الأطروحات المادية العلمانية للدراسات التشاؤمية في المجتمعات الغربية، التي تنظر إلى الشيخوخة نظرة سلبية، في ظل تزايد عدد المسنين، حيث يرون أن مع زيادة نسبة المسنين وما يترتب عليه من زيادة احتياجاتهم المالية والصحية والنفسية، نتيجة لما يتميزون به من التدهور من جميع الجوانب، مقابل ندرة أو انعدام إنتاجهم، ضرورة اتخاذ إجراءات تجاه هذا الوضع، وذلك من خلال الأطروحات الثلاثة المتمثلة في تشجيع الانتحار فيما يسمى الحق في إنهاء الحياة، والقتل الرحيم، وثالثا منع العلاج عن المسنين[1].

- **تشجيع الانتحار(الحق في إنهاء الحياة):** حيث تنطلق هذه الفكرة، وكما يدعي البعض من أن الحياة ملك لصاحبها ويحق له أن يضع حدا لها، ويختار الموت بنفسه في الساعة التي يريدها، ويتعلق هذا الإجراء خاصة بالمصابين بالأمراض الميئوس من شفائها، ويعانون الفقر، وفي هذه الحالة يتم الاستعانة بالطبيب من اجل

[1]- سعد الدين مسعد هلالي، مرجع سابق، ص 73.

إرشاد المريض إلى الطريقة الأفضل والأسهل للانتحار، وهذا بدعوى وضع نهاية كريمة لحياتهم تجنبهم آلام المرض، وكذلك بؤس العيش نتيجة الفقر.

- **القتل الرحيم:** حيث يرى هذا الطرح أن الإنسان يشبه الآلة، إذا تجاوزت عمرها المنتج، وأصبحت تكلفة صيانتها أكثر من إنتاجها، يصبح ذلك من حق المجتمع التخلص منها، وذلك هو الحال بالنسبة للمسنين، في نظر أصحاب هذا الطرح، وما يجب فعله معهم.

حيث يتم المسارعة لتطبيق هذا النوع من القتل خاصة على المسنين المصابين بداء العضال، بيد الطبيب المعالج عن طريق جرعة كبيرة من المسكنات، ووصفوه بقتل الرحمة لأنه في نظرهم يرحم هؤلاء المرضى من الألم لفترة طويلة دون فائدة، وكذلك يوفر على أهله وعلى الدولة مصاريف العلاج الباهظة[1].

ونجد أن بعض الدول وبالأخص الأوروبية، بدأت تسعى إلى وضع قوانين تسمح بممارسة ما يطلق علية "القتل الرحيم"، ويظهر هذا التوجه نحو تبني هذا الطرح من خلال نموذج هولندا، بشروعها في مناقشة هذا الأمر في سنة 2001، من أجل سعيها إلى تقنين هذا القتل التي تمارسه منذ سنوات طويلة، حيث تُظهر إحصائيات لجمعية "القتل الرحيم" التطوعية الهولندية أن 3600 حالة لإنهاء حياة المرضى الميئوس من شفائهم تمت سنة 1995.

- **منع العلاج عن المسنين:** إذا لم يتم التخلص من هؤلاء المسنين المصابين بأمراض ميئوس من علاجها بالطريقتين السابقتين، فإنه سوف يتعرض لطرح آخر، والتمثل في المنع من العلاج ومن الدخول إلى المصالح الاستشفائية لتلقي العلاج، وذلك بدعوى توفير العلاج لغيره من الشباب، لنجد بريطانيا على سبيل المثال قد سنت قانونا يمنع التأمين الصحي الحكومي عن دفع نفقات غسيل الكلى لمن تجاوز عمره 65 سنة، وحذا حذوها كثير من الدول، كما تعدى هذا المنع أيضا ليشمل كل أنواع العلاج المرتفع ثمنه، بل وأيضا في بعض البلدان تمنع على المسنين مجرد الاشتراك في نظام التأمين الصحي[2].

حيث نلاحظ أن هذه الأطروحات التي دعت إلى هذا النوع من الحلول، قد ركزت على تلك النظرة النفعية التي تقوم على المقارنة بين تكلفة الرعاية الموجهة للمسن وبين درجة النفع والاستفادة منه، وأهملت حق المسن في الحياة، وأنه قد أفنى عمره في خدمة أسرته ومجتمعه، وأنه حان الوقت لأفراد أسرته ومجتمعه القيام بواجبها ودورها تجاهه لتقديم مختلف أنواع الرعاية، مستعينين بذلك على ما حققه مجال الطب من تطور، لتحسين نوعية حياته في المرحلة الأخيرة من عمره.

[1]- نفس المرجع، ص74.
[2]- نفس المرجع، ص76.

2-4 المواقف المدعمة لرعاية المسنين:

على عكس الموقف السابق الذي يعارض التكفل بالمسنين، فإن هذه الموقف ظهر في ظل تلك الدراسات المتفائلة لمرحلة الشيخوخة، نتيجة ما توصل إليه الطب من اكتشافات لعلاج الأمراض التي تصيب المسنين، والتي من خلالها أصبح ينظر لهذا الشخص المسن نظرة تفاؤل في إمكانية أن يعيش حياة ذات نوعية، ويتمتع بمجموعة من الحقوق نادت بها الأمم المتحدة لكبار السن سنة 1999، والتي تشملها تلك المبادئ الخمس، الذي يتبناها هذا الطرح، وهي[1]:

- **مبدأ الاستقلالية:** حيث أنه من خلال هذا المبدأ يحق للمسن العمل أو الحصول على فرص أخرى لزيادة الدخل، كما يحق لهم المشاركة في تقرير السن والدرجة التي ينسحبون بها من العمل، كما يحق لهم الحصول على سكن، وغذاء وملبس ورعاية صحية، باستعمال دخلهم أو من خلال المساعدة الأسرية والمجتمعية لهم.

- **مبدأ المشاركة:** ومن منطلق هذا المبدأ، فإن للمسن الحق في الاندماج في المجتمع، والمشاركة في النشاطات التي تسمح بالساهمة في صياغة أو تطبيق تلك السياسات التي تؤثر في معيشتهم، حيث أن هذه المشاركة تسمح لهم بتبادل المعلومات والمهارات والخبرات مع فئة الشباب، وكذلك العمل كمتطوعين فيما يناسب رغباتهم وقدراتهم.

- **مبدأ الرعاية:** والذي يركز على الرعاية بشتى أنواعها وجوانبها، حيث يحق فيه لكبار السن الاستفادة من خدمات الرعاية والحماية الأسرية والمجتمعية، والحق في الحصول على الرعاية الصحية والحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية، والاستفادة من مستويات ملائمة من الرعاية المؤسسية.

- **مبدأ الإشباع الذاتي:** والذي يركز على حق المسنين في استغلال فرص التطوير الكامل لقدراتهم، وحقهم في الاستفادة من الموارد التعليمية والثقافية، والترويحية في المجتمع.

- **مبدأ الكرامة:** هذا المبدأ يكرس حق العيش بكرامة وأمان، والمعاملة الحسنة، بغض النظر عن السن والجنس والعرق والحالة الصحية، بالإضافة إلى تقدير إسهاماتهم الاقتصادية[2].

[1]- نفس المرجع،ص71.
[2]- نفس المرجع، ص72.

3-4 موقف ورأي الإسلام في رعاية المسنين:

عكس ذلك الطرح العلماني في المجتمعات الغربية، فلقد أولى الإسلام اهتماما كبيرا ورعاية خاصة للمسنين، وخير ما نستشهد به على عظمة رعاية الإسلام للمسنين هو ما ورد في الكتاب والسنة، فمن القرءان الكريم من خلال ما جاء في سورة الإسراء، في قوله سبحانه وتعالى:﴿ ﴿22﴾وَقَضَى رَبُّكَ أَلاَّ تَعْبُدُواْ إِلاَّ إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا*إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلاَهُمَا فَلاَ تَقُل لَّهُمَا أُفٍ وَلاَ تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلاً كَرِيمًا﴿23﴾ وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيراً﴿24﴾﴾ (سورة الإسراء)، ومن السنة قول رسول الله صلى الله عليه وسلم:«ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا ويعرف حقه».

حيث يظهر ذلك الاهتمام والتركيز بوضع الإسلام عدة تحصينات لحماية المسنين من تلك المشاكل التي قد تحدث له أو يتلقاها في هذه المرحلة من العمر، والتي تتجلى في تلك المظاهر التي تتدرج عبر ثلاث مراحل، فالأولى تتمثل في مرحلة الاعتماد على النفس أو مرحلة الإنتاج، والتي يحث فيها الإسلام على الكسب والادخار لنوائب الدهر، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة الاعتماد على أفراد أسرته، حيث يطلب الإسلام من الأبناء الإحسان إلى الوالدين والنفقة عليهم، في حين نجد أن المرحلة الثالثة قد ركزت على المجتمع ككل وحثه على تقديم الرعاية لهؤلاء المسنين، الذي ساهموا في بنائه، وتحميله أمانة تكريمهم في هذه المرحلة من العمر، وذلك من باب التواصل بين الأجيال[1].

فمن خلال ما سبق يتضح أن الإسلام، بالإضافة إلى تركيزه على حث المسن رعاية نفسه باستغلال مرحلة شبابه لذلك، فقد ركز على عنصرين في رعاية المسنين، الذي يرتكز في الأساس على الرعاية الأسرية، ليأتي بعدها الرعاية التي يتلقاها المسن من طرف المجتمع بصفة عامة إذا عجزت الأسرة على تقديم ذلك.

حيث تتجلى أوجه الرعاية الأسرية التي يجب أن يتلقاها المسن، من خلال الحث على رعاية الوالدين باعتبارها مظهرا من مظاهر المسنين، هذه الرعاية التي تقوم في الأساس على البرِّ والإحسان إليهما في الكبر، والتي قرنها بعبادته، والتحذير من عقوقهما، وإساءة معاملتهما، ولو بقول كلمة 'أف' لهما، ولتحقيق ذلك فقد حرص الإسلام على تحقيق التكافل الاجتماعي داخل الأسرة إدراكا بأهمية الأسرة في رعاية المسن وتلبية متطلباته الأساسية، فوضع الإسلام في سبيل ذلك، الأسس المتينة للتضامن الاجتماعي والمادي بين أفراد الأسرة على أساس المودة والتراحم،

[1]- نفس المرجع، ص204.

الذي يضمن مساندة الوالدين وكبار السن، والتأكيد على ضرورة التماسك والتضامن العائلي في المجتمع الإسلامي.[1]

أما فيما يخص ويندرج تحت بعض مظاهر رعاية المجتمع المسلم لأفراده المسنين قوله صلى الله عليه وسلم:« ما أكرم شاب شيخا لسنه إلا قيض الله له من يكرمه عند سنه»، فالمجتمع المسلم، يمنح للمسن مكانة ومعاملة مميزة، من خلال التعامل معه بكل توقير واحترام، وكذلك من خلال كل تلك الممارسات العملية التي تصب في هذا النوع من الرعاية، كرعاية وإكرام صديق الوالدين باعتبارها مظهرا من مظاهر رعاية المسنين، والتي تؤدي أيضا إلى دمج المسن في المجتمع وتجنيبه العزلة، وبذلك نجد المسن يعيش في كنف أفراد مجتمعه، أين يجد له معاملة خاصة يتميز بها عن الآخرين، كما يمكن أن نلمس تلك الرعاية العامة للمسنين التي تشرف عليها الدولة، خاصة عندما تعجز الأسرة عن تقديم الرعاية اللازمة للمسن، أو عندما لا يكون له معيل أو معين يقوم بذلك، بإنشاء دور لهم، حيث كان بروز هذه الدور وهذه المؤسسات الاجتماعية في البداية نتيجة جهود أفراد المجتمع المسلم، ولكن سرعان ما تدخلت الدولة في تنظيمها والإشراف عليها، من باب وجوب تقديم الرعاية الشاملة للمسنين من قبل الدولة، التي تعتبر المسئولة على توفير الرعاية التي تشمل مختلف الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والصحية لهذه الفئة.[2]

حيث أن كل أنواع الرعاية التي يتلقاها المسن سواء من طرف أفراد أسرته، أو أفراد مجتمعه بصفة عامة، في المجتمع المسلم تقوم على مجموعة من الأسس والمرتكزات، التي نذكر من بينها:

- ✓ باعتبار أن الإنسان مخلوق مكرم، وأن للمسن أيضا مكانته وكرامته في الإسلام.
- ✓ من باب واجب الإحسان ورد الجميل لهذا المسن وتكريمه في هذه المرحلة من العمر، مقابل ما قدمه في شبابه لمجتمعه.
- ✓ باعتبار المجتمع المسلم مجتمع متراحم ومتماسك، ومتآزرا ومتعاونا، يشد بعضه بعضا، من خلال الحث المتواصل لأفراده على خدمة بعضهم بعضا، وتفريج كرب المحتاجين.
- ✓ باعتبار أن توقير المسن وإكرامه سمة من سمات المجتمع المسلم.

1- عبد الله بن ناصر السدجان . مرجع سابق، ص37.

2- نفس المرجع، ص ص49-54.

الفصل الرابع

أولا:الوضعية الديمغرافية وظاهرة التشيخ في الجزائر

إن الجزائر بعد الاستقلال كغيرها من البلدان النامية، قد عرفت مجموعة من التحولات الديمغرافية نتيجة لمجموعة من العوامل والظروف المختلفة التي أثرت على مختلف الظواهر الديمغرافية؛ سواء نتيجة السياسات الاقتصادية والاجتماعية، أو نتيجة البرامج والسياسات التي اهتمت بمسألة السكان.

ومن جهة أخرى فإن تلك التغيرات خاصة في معدلات الولادات والوفيات، قد كانت لها أيضا انعكاسات على التركيبة العمرية للسكان التي أعادت توزيعهم حسب الفئات العمرية؛ خاصة في السنوات الأخيرة، نتيجة التحولات الجوهرية فيما يتعلق بمعدل الولادات التي بدأت تظهر في منتصف الثمانينات وتواصلت إلى غاية سنة 2000، هذه السنة الذي سجل فيها معدل النمو الطبيعي أخفض مستوى له منذ الاستقلال والذي قدر بـ 1.43% وبمعدل ولادات خام قدر بـ 19.76‰ وبإحصاء 600000 ولادة حية[1]، والتي عاودت الارتفاع في السنوات الأخيرة؛ حيث ارتفع عدد الولادات الحية من جديد إلى ما يقارب 817000 ولادة حية سنة 2008[2]، وهذا نتيجة تحسن مجموعة من العوامل والظروف في هذه الفترة، وذلك بعدما كانت تتميز عشرية التسعينات بتلك التوترات الأمنية والسياسية وكذلك الاقتصادية.

1 1 تطور الوضعية الديمغرافية في الجزائر:

إن الوضعية الديمغرافية التي تتميز بها الجزائر في السنوات الأخيرة، من خلال ما تشير إليه الإحصائيات السكانية؛ والتي تفيد بأن الجزائر قد بلغت مرحلة متقدمة من مراحل التحول الديمغرافي، نتيجة تلك التحولات في هذا الجانب - خاصة منذ منتصف الثمانينات- والتي جعلت معدل النمو الطبيعي يعرف انخفاضا منذ ذلك الوقت إلى يومنا هذا، وهذا رغم الارتفاع الذي عرفه بعد سنة 2000، والذي قدر بـ1.91% سنة 2008[3].

حيث أنه عند ما نتطرق إلى عرض الوضعية الديمغرافية في الجزائر، لمحاولة فهمها منذ الاستقلال إلى يومنا هذا؛ فإننا نلاحظ أن تطور هذه الوضعية مرَّ بمرحلتين أساسيتين: الأولى تبدأ من سنة 1962 إلى غاية سنة 1985، أما المرحلة الثانية تمتد من منتصف الثمانينات إلى غاية اليوم.

<u>المرحلة الأولى من التطور الديمغرافي(1962-1985)</u>: حيث أنه في هذه المرحلة من هذا التطور قد شهدت الجزائر نموا ديمغرافيا سريعا، جعل عدد السكان يتضاعف في مدة لا تتجاوز 22 سنة، فبعدما كان يقدر عدد السكان سنة 1962 بـ

[1]-وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010،مرجع سابق، ص6-8.
[2]- ONS. Démographie Algérienne- 2008-, n° 520,opcit, p3.
[3] - Ibid. p3.

10.2 مليـون نسـمة[1]، فقـد قـدر سـنة 1984 بـــ 21.185 مليـون نسـمة[2]، حيـث أن هـذا التضـاعف كـان نتيجـة الـوتيرة السـريعة لمعـدل النمـو الطبيعـي للسـكان، بسـبب الفـارق الكبيـر بـين تطـور عـدد الـولادات وعـدد الوفيـات فـي هـذه المرحلـة، فبعـدما تميـزت السـنوات الأولـى مـن الاسـتقلال بالارتفـاع الكبيـر فـي كـلا المعـدلين، فـإن التطـور والانخفـاض الـذي عرفـه المعـدلان فـي هـذه المرحلـة لـم يكـن بـنفس الدرجـة والـوتيرة، حيـث نجـد أن التنـاقص البطـيء الـذي عرفـه معـدل الـولادات، قـد قابلـه الانخفـاض الجـد مبكـر والسـريع فـي معـدل الوفيـات، خاصـة فـي بدايـة سـنوات السـبعينات، حيـث قـدر معـدل الـولادات الخـام بـــ 50.16‰ وبلـغ معـدل الوفيـات 16.45‰ فـي سـنة 1970، وتواصـل فـي سـنوات الثمانينـات، وهـذا نتيجـة للسياسـة التـي اتبعتهـا الدولـة فيمـا يخـص الخفـض مـن معـدل الوفيـات؛ خاصـة وفيـات الأطفـال الرضـع، وذلـك مـن خـلال تـوفير وتحسـين الخـدمات الصـحية، وكـذلك العمـل علـى تطبيـق بـرامج التلقـيح مـن أجـل القضـاء علـى الأمـراض والأوبئـة التـي أدت إلـى الخفـض فـي معـدل وفيـات الأطفـال ليقـدر فـي سنة 1985 في هذه المرحلة بـ 57.8‰؛ في حين كان يقدر سنة 1970 بـ 142‰.

جدول رقم4: تطور بعض المعدلات الديمغرافية في الفترة (1967-1985)

السنة	معدل الولادات(‰)	عدد الولادات	معدل الوفيات(‰)	عدد الوفيات	معدل وفيات الأطفال(‰)	المؤشر التركيبي للخصوبة(ط/إ)
1967	50.12	533.630	-	-	-	-
1970	50.16	603.376	16.45	219.000	142	7.8
1975	46.05	667.484	15.54	245.000	84.72	-
1980	43.86	759.673	11.77	220.000	78.3	6.9
1985	39.5	845.381	8.4	183.000	57.8	6.24

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، ديسمبر2001، ص ص8-11.

حيـث أن هـذا الفـارق المسـجل فـي تطـور هـذين المعـدلين (الـولادات والوفيـات) جعـل معـدل النمـو الطبيعـي للسـكان كبيـرا؛ حيـث بلـغ 3.39% فـي الفتـرة الممتـدة مـابين 1961 و1965، وفـي سـنة 1966 قـدر بـــ 3.29%، وبقـي النمـو السـكاني يعـرف نفـس المعـدل إلـى غايـة سـنة 1969، كمـا أنـه بعـد هـذه السـنة ورغـم الانخفـاض الطفيـف الـذي عرفه لم ينزل على عتبة 3% خلال هذه المرحلة، حيث قدر بـ3.11% سنة 1985[3].

المرحلـة الثانيـة مـن التطـور الـديمغرافي(مـن 1986 إلـى يومنـا هـذا): تميـزت هـذه المرحلـة بالانخفـاض المعتبـر فـي معـدل النمـو الطبيعـي، حيـث ولأول مـرة نـزل هـذا

[1]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص5.
[2]- جويدة عميرة. **بوادر التشيخ في المجتمع الجزائري والمشاكل المترتبة عنه**، المؤتمر الدولي حول التنمية البشرية ودورها في معالجة المشكلة السكانية، اجتماعات الدورة 39 لمجلس الجامعات العربية، جامعة الجزائر واتحاد جامعات العرب، الجزائر، من 3 إلى 5 أفريل 2006. ص439.
[3]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص6.

المعدل تحت عتبة 3%، ليقدر بـ 2.74% سنة 1986، وهذا الانخفاض الذي عرفه هذا المعدل في المرحلة الثانية من هذا التطور الديمغرافي كان نتيجة الانخفاض في عدد الولادات الذي بدأ فعليا في سنة 1986، وذلك بعد تسجيلها أكبر عدد في سنة 1985؛ والتي قدرت بـ 845.381 ولادة حية[1]، حيث كان ذلك الانخفاض بعد الشروع في تطبيق برنامج التحكم في النمو الديمغرافي في سنة 1983، والذي جاء ضمن السياسة السكانية في الجزائر التي اعتمدتها فعليا ولأول مرة بدءا من تلك السنة، التي عبرت على اعتراف الدولة بوجود مشكلة سكانية أصبحت تعيق التنمية، وهذا رغم وجود برامج اهتمت بالنمو الديمغرافي قبل ذلك من خلال تطبيق برامج لتنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات لمحاولة الخفض والتأثير في عدد الولادات في السنوات الأولى بعد الاستقلال.

كما أن هذا الانخفاض الذي عرفه معدل الولادات جعل معدل النمو السكاني يستمر في الانخفاض؛ خاصة في سنوات التسعينات، لنجده قد تراوح ما بين 2.49-2.16% في الفترة الممتدة ما بين 1990 و1994، كما أنه بدءا من سنة 1995 قد نزل تحت عتبة 2%، حيث قدر بـ 1.89%، واستمر في الانخفاض ليسجل أخفض مستوى له سنة 2000 بمعدل قدر بـ 1.43%[2]، والذي عاود الارتفاع بعد هذه السنة ليقدر سنة 2008 بـ 1.91%[3].

لنجد أن هذا الانخفاض في معدل النمو الطبيعي يؤكده أيضا تقلص الفارق بين عدد الولادات وعدد الوفيات، فبعدما كان يفوق هذا الفارق الطبيعي قيمة 600000 في الفترة الممتدة بين 1980 و1993، فقد انخفض هذا الفارق ونزل تحت عتبة 500000 بدءا من سنة 1996؛ حيث قدر بـ 434000 في سنة 2000[4]، وهذا الانخفاض المسجل في الفارق الطبيعي كان نتيجة استمرار انخفاض معدل الوفيات الذي وصل 4.41‰ سنة 2008[5]؛ وهذا مقابل الانخفاض المعتبر في معدل الولادات في هذه المرحلة، والذي كان بشكل أكثر وضوحا في سنوات التسعينات لينتقل من 30.94‰ سنة 1990 إلى 19.76‰ سنة 2000[6]، ليعاود الارتفاع ولو بشكل طفيف بعد هذه السنة ليصل إلى معدل 23.50‰ سنة 2008.

كما أن هذا الانخفاض في معدل الولادات الخامة الذي عرف تذبذبا في هذه المرحلة من التطور الديمغرافي قد رافقه أيضا انخفاضا محسوسا في معدلات الخصوبة في هذه المرحلة؛ حيث أنه بعدما كان المؤشر التركيبي للخصوبة يقدر بـ 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1969 وانتقاله إلى 6.24 طفل لكل امرأة في سنة 1985؛ أي

---

[1]- نفس المرجع، ص6 و 9.

[2]- نفس المرجع ، ص6.

[3]- ONS, <u>démographie Algérienne en 2008</u>, n°520, op.cit., p2.

[4]- وزارة الصحة والسكان، <u>السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010</u>، مرجع سابق، ص7.

[5]- ONS, <u>démographie Algérienne en 2008</u>, n°520, opcit, p2.

[6]- وزارة الصحة والسكان، <u>السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010</u>، مرجع سابق، ص8.

انخفاض هذا المؤشر بـ 1.56 نقطة فقط في ظرف 15 سنة في المرحلة الأولى من هذا التطور، فإنه عرف انخفاضا معتبرا في سنوات التسعينات ليصل إلى متوسط 4.5 طفل لكل امرأة سنة 1990[1]، أي تقلص بـ 1.74 نقطة في ظرف 5 سنوات فقط (1985-1990)، واستمر في الانخفاض ليصل إلى 2.4 طفل لكل امرأة سنة 2002[2]، وإلى 2.27 طفل لكل امرأة سنة 2006[3]، والذي عرف ارتفاعا في سنة 2008 حيث قدر بـ 3 طفل لكل امرأة[4]، وهذا ما سنلاحظه في الجدول الموالي الذي يعرض لنا تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في هذه المرحلة الممتدة مابين 1986 و2008.

جدول رقم 5: تطور بعض المؤشرات الديمغرافية ما بين 1986-2008.

المعدلات / السنوات	معدل النمو (%)	معدل الولادات(‰)	معدل الوفيات (‰)	معدل وفيات الأطفال(‰)	المؤشر التركيبي للخصوبة(ط/إ)
1986*	2,74	34.73	-	-	-
1990*	2.49	30.94	6.03	57.8	4.5
1995*	1.89	25.33	6.43	54.87	3.51
2000*	1.43	19,76	5.46	51.1	2.54
2005**	1.69	21.36	4.47	30.04	-
2007**	1.86	22.98	4.38	26.2	-
2008**	1.91	23.50	4.41	25.5	3
2009 ***	1.96	24.07	4.51	24.8	-

المصدر: *وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001، ص ص(6،8،9، 11).
**ONS, démographie Algérienne 2008,in: données statistiques, n°520, Avril 2009, p2-4.
*** ONS, démographie Algérienne 2009, in: données statistiques, n°554,juin 2010,p1-3.

إن كانت هذه هي المراحل التي مر بها هذا التطور الذي عرفته هذه المؤشرات الديمغرافية في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا؛ فإن هذا التطور قد تأثر بمجموعة من العوامل التي رافقت تلك التغيرات في جميع المجالات؛ سواءً من خلال تلك السياسات الاقتصادية والاجتماعية التي اعتمدتها الدولة الجزائرية من أجل تطوير اقتصادها وتحقيق التنمية وكذلك تحسين الأوضاع المعيشية للمواطن، أومن خلال تلك الظروف التي مرت بها الجزائر بدءا من منتصف الثمانينات نتيجة انهيار أسعار البترول في الأسواق العالمية، وتواصلت في سنوات التسعينات، وأيضا من خلال تلك البرامج والسياسة السكانية التي اهتمت بالخفض في معدل النمو الطبيعي للسكان؛ فكل هذه العوامل كان لها دور- بطرقة مباشرة أو غير مباشرة- في

[1] - CENEAP. la démographie algérienne face aux grandes quittions de société ,mai 1999. p.32.
[2]- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وجامعة الدول العربية، الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسر 2002**، النتائج الأولية، الجزائر، 2003، ص 21.
[3]- Ministre de la santé, **suivi la situation des enfants et des femmes**, Enquête nationale à indicateur multiple (MICS3) Algérie 2006 .2007. p 57.
[4]-ONS. **R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme**, op.cit, p9.

تطور الوضعية الديمغرافية التي تتميز بها الجزائر اليوم، والتي سنقوم بشرحها في العنصر الموالي.

1 2 العوامل المؤثرة في تطور الوضعية الديمغرافية في الجزائر.

إن كان لتلك التغيرات التي مست معدل الوفيات علاقة بتطور الوضعية الديمغرافية في الجزائر في بادئ الأمر واستمر إلى غاية اليوم؛ فإن التطور في نمط الخصوبة للمرأة الجزائرية؛ الذي يبرز من خلال التطور في معدل الولادات والمؤشر التركيبي لخصوبتها بالغ الأثر والدور الأساسي في هذا التطور، ولذلك فإننا في هذا العنصر سوف نركز على عرض بعض أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وحتى الديمغرافية التي ساهمت في ذلك، وهذا من خلال تأثير هذه الأخيرة (التعليم، العمل، سن الزواج...إلخ) في تغيير وضعية ومكانة المرأة وأدوارها في المجتمع، كما يضاف إلى ذلك أيضا تلك البرامج والسياسة السكانية التي طبقت في هذا الصدد، والتي أثرت بدرجات متفاوتة في تحديد السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية.

1-2-1 العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة:

لقد اهتمت الجزائر بعد الاستقلال بإعداد مجموعة من البرامج والسياسات المختلفة، معتمدة في ذلك على تلك المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية التي كانت تثير القلق؛ كانتشار الفقر الشديد، وأزمة محدودية الشغل، ونقص الخدمات الصحية، بالإضافة إلى تدني المستوى التعليمي والحماية الاجتماعية غير الكافية التي كانت تمس شريحة كبيرة من السكان، والتي تظهر من خلال المعدل العالي لوفيات الأطفال الذي وصل إلى 150 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية، والانخفاض في أمل الحياة عند الولادة الذي قدر بـ 50 سنة فقط، وكذلك نسبة التمدرس الضعيفة التي لم تكن تمس سوى ثلث السكان المعنيين بذلك[1].

في الجانب الصحي: نظرا لوضعية الصحية المتدهورة التي عرفتها الجزائر في السنوات الأولى من الاستقلال، والتي كانت تتميز بانتشار الأوبئة والأمراض المعدية كالديفتيريا والسل والطاعون، والتيتانوس، والجدري، والتيفويد، فقد ركزت الجزائر في السنوات الأولى بصفة أساسية على وضع برامج من أجل تحسين الخدمات الصحية واعتمادها على سياسة صحية وقائية ترتكز على مكافحة الأمراض الوبائية من خلال الاعتماد بالأساس على تطبيق برامج التلقيح الإجباري الذي يخص الأطفال؛ والذي كان لها الدور الكبير في القضاء على الكثير من الأمراض المعدية التي كانت سببا أساسيا في الوفيات وخاصة وفيات الأطفال، بالإضافة إلى الأهمية

[1]- Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière**, population et développement en Algérie**; rapport national CIPD+10, décembre 2003, p11.

الكبيرة التي أعطتها لرعاية الأمومة والطفولة منذ 1962؛ حيث تم إنشاء شبكة من المراكز عبر كامل التراب الوطني التي كانت تهدف إلى توفير الرعاية الطبية للنساء الحوامل والكشف عن حالات الحمل الخطيرة للتكفل بها في المصالح المختصة، وكذلك الرعاية الصحية للأم بعد الولادة ومراقبة الرضيع حتى بلوغه سن السادسة.

وطبعا من أجل تحقيق ذلك فقد استعانت ببرنامج طبي مستعجل يقوم على بناء الهياكل وتجهيزها، وتشجيع التمويل الصحي، وكذلك تكوين الأطباء، من أجل سد النقص الكبير سواء في عدد الهياكل أو عدد الأطباء، ولذلك قد عرف القطاع الصحي مع الشروع في تطبيق هذا البرنامج تطورا ولو بصفة بطيئة من حيث عدد الإطارات الصحية التي يعتمد عليها، فبعدما كان عدد الأطباء يقدر بـ 1278 طبيب وبمعدل طبيب واحد لكل 10000 مواطن سنة 1963، ارتفع إلى 6521 طبيب أي معدل 3.5 طبيب لكل 10000 ساكن سنة 1980، كما أننا نجد أن أطباء الأسنان زاد عددهم إلى 300 طبيب سنة 1972 بعدما كان عددهم 151 طبيب في سنة 1963، أما فيما يخص عدد الصيادلة فقد قدر بـ 355 صيدلي، هذا من جهة، ومن جهة أخرى الارتفاع في عدد الهياكل الصحية القاعدية المختلفة، حيث عرفت الفترة مابين 1966 و1972 ارتفاع عدد المستشفيات من 66 إلى 133 مستشفى، وارتفع عدد قاعات العلاج من 1081 إلى 1266 قاعة علاج، أما فيما يخص المراكز الصحية لم تعرف ارتفاعا كبيرا في عددها حيث انتقل من 256 إلى 307 مركز صحي[1].

كما تم تدعيم هذه السياسة بصدور أمر رقم 73-65 الذي يكرس مجانية الطب والعلاج بتاريخ 1973/12/28[2]؛ وذلك سعيا منها إلى رفع نسبة التغطية الصحية للسكان، حيث كان الهدف من البرنامج هو تحقيق إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على كل الشعب الجزائري، وهذا محاولة في تجسد المبادئ الثلاث التي يقوم عليها هذا المشروع أولا مبدأ تحقيق العدالة الاجتماعية في مجال تكافؤ الفرص في العلاج وديمقراطيته، وثانيا ضمان الاستمرارية في تقديمها، وثالثا التكيف المستمر أمام كل المستجدات التي تحدث أو تؤثر فيه[3].

ومن نتائج تطبيق هذا القرار استمرار التحسن في القطاع الصحي، سواء فيما يخص المنشآت القاعدية وتوزعها عبر التراب الوطني، حيث تم في سنة 1980 إحصاء 183 مستشفى، و662 مركز صحي و161 عيادة متعددة الخدمات، و1364 قاعة علاج، أما فيما يتعلق بالمستخدمين الطبيين في نفس السنة تم إحصاء 4286 طبيب جزائري، و2235 طبيب أجنبي.

---

[1]- جويدة عميرة، **المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي(دراسة ميدانية لعينة من النساء الجزائريات)**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2005، ص ص151- 152.

[2]- علي قواوصي، مرجع سابق،ص22.

[3]- Laoucine KERBACHE et Yasmina KERBOUA ZIARI, Le système de santé Algérien, in: **revue d'économie et de statistique appliquée**, n°10, 2009, p67.

كما كان ملاحظا أيضا عند تطبيق مجانية العلاج هو ارتفاع نفقات الصحة العمومية من 1.6% سنة 1973 إلى4.7% من مجموع الناتج الداخلي الإجمالي(PIB) سنة 1989[1]، وما ساعد على هذا التطور في قيمة النفقات المخصصة للقطاع الصحي تزامن ذلك مع الارتفاع الذي عرفته أسعار البترول، وهذا يبرز إرادة الدولة في ضمان تغطية صحية عادلة ومتوازنة عبر كامل التراب الوطني، و لجميع المواطنين من خلال استغلال الوضع الاقتصادي الجيد للبلاد.

ولكنه مع نهاية سنوات الثمانينات ونتيجة تلك الأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر بسبب انهيار أسعار البترول في الأسواق العالمية من جهة، ومن جهة أخرى الانتقال إلى اقتصاد السوق وما رافقه من تطبيق الخوصصة على مجموعة من المؤسسات العمومية، فإن القطاع الصحي لم يسلم من آثار هذه التغيرات وانعكست عليه سلبا حيث عرف أزمة مالية في نهاية الثمانينات؛ وبذلك قد تراجعت وانخفضت قيمة النفقات العامة للصحة، حيث قدر بـ 3.8% سنة 1991 و 2.8% من إجمالي الناتج الداخلي سنة 2000، وهذا بعدما كانت تقدر بـ 4.7% سنة 1989، واستمر هذا التراجع طيلة فترة تطبيق إعادة الهيكلة لهذا القطاع (مابين 1994-1998)[2]، والذي قد أثر سلبا على تطور هذا القطاع، وأصبح يعاني من العجز-بالأخص القطاع الصحي العمومي- والتراجع في نوعية الرعاية الصحية التي يقدمها بسبب الطلب والحاجة المتزايدة التي تفوق طاقة استيعابه، خاصة وأنه يشكل نسبة 67% من البناء الهيكلي للقطاع الصحي (نسبة 43% تمثل القطاع الشبه عمومي: يشمل العيادات متعددة الخدمات، ونسبة 24% للقطاع العمومي؛ يضم المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، ليبقى القطاع الصحي الخاص يشكل نسبة 33% من هذه البنية[3]، الذي يتميز بالجودة في تقديم الرعاية الصحية ولكن بتكلفة عالية؛ أي أن التنوع في القطاع الصحي بين القطاع العمومي الذي يعاني العجز والقطاع الخاص الذي يعرف بالتكلفة العالية للخدمات الصحية التي يقدمها، يبقى هناك تباين في نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها كل قطاع، وكذلك درجة الإقبال علي كل واحد منهما حسب إمكانية المواطن.

ولكن في العشرية الأخيرة عرف هذا القطاع ارتفاعا نوعا ما في قيمة النفقات، حيث ارتفعت قيمتها من 4.38% سنة 2005 إلى 9.61% من الناتج الإجمالي المحلي في سنة 2008، حيث نجد أن التمويل المالي للقطاع الصحي وتغطية نفقاته ترتكز أساسا على ميزانية الدولة بنسبة 42%، وبنسبة 28% من الضمان الاجتماعي، في حين نجد أن مساهمة الأسر تغطي نسبة 18% من هذه النفقات.

---

[1]- Ahcène ZEHNATI, Attaché de recherche au CREAD, **la crise du système de financement de la santé en Algérie**,(SD), p2.
[2] - IBID, p2
[3]-Laoucine KERBACHE et Yasmina KERBOUA ZIARI, opcit, pp69-70.

وما رافقها كذلك من تطور في عدد المستخدمين الطبيين في القطاع العمومي، حيث بلغ عدد الأطباء 35000 من بينهم 13000 أخصائي سنة 2007، بعدما كان يقدر عددهم سنة 1999 بـ 21000 طبيب ممارس من بينهم 4000 أخصائي، وكذلك ارتفع عدد الأسرة في مستشفيات هذا القطاع من 54000 سرير سنة 1999 إلى حوالي 68000 سرير في سنة 2008[1]، وفيما يخص الهياكل الصحية؛ فقد بلغ سنة 2009 عدد المستشفيات 197، و13مركز استشفائي جامعي، و61 مؤسسة استشفائية متخصصة، و1845 عيادات متعددة الخدمات، و5258 قاعة علاج[2].

وخلاصة القول أنه إذا كان القطاع الصحي في الجزائر قد عرف مجموعة من التحديات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، والتي انتقلت من مكافحة الأمراض الوبائية الفتاكة في ظل النقص الذي كان يعرفه القطاع الصحي في ذلك الوقت، إلى مواجهة تلك الأزمة المالية التي عرفها في النصف الأخير من سنوات الثمانينات وزادت حدتها في التسعينات والتي أثرت على رهان تحسين التغطية الصحية للسكان عبر كامل التراب الوطني، والذي اعتمد في تخطيها على مجموعة من البرامج وانتهاج سياسات تتناسب مع كل تحدي، والتي كان لها نتائج إيجابية على تحسين صحة المواطن؛ ويظهر جزء منها في مؤشر معدل الوفيات المنخفض وأمل الحياة المرتفع المقدر بـ75.7 سنة[3].

فإن هذا القطاع اليوم أيضا يعرف تحديات جديدة والتي يفرضها بالدرجة الأولى النمط الوبائي الجديد الذي بدأت ملامحه تظهر في السنوات الأخيرة، كالسيدا، والسرطان والأمراض المزمنة، فهذا النمط الوبائي الجديد الذي يعكس ارتفاع نسبة فئة العمر الثالث في المجتمع الجزائري، وما يزيد من صعوبة هذه التحديات تلك الضغوط التي تفرضها الظروف الاقتصادية والاجتماعية وحتى الديمغرافية على القطاع الصحي في السنوات الأخيرة، والتي تحتم عليه ضرورة التوفيق بين مقتضيات الحفاظ على مستوى التغطية الطبية للسكان وتحسينها وبين مقتضيات التكفل بالحاجيات الصحية الجديدة للمواطن الناتجة عن الانتقال الوبائي خاصة الذي يعكس الوضع الديمغرافي من ناحية الهيكلة العمرية للسكان.

في الجانب الاقتصادي: كما أنها في المقابل قد قامت بتطبيق سياسة اقتصادية لدفع عجلة التنمية إلى الأمام، وتظهر هذه الجهود من خلال الشروع في تأميم المحروقات في بداية السبعينات، وقيامها بالثورة الصناعية والثورة الزراعية، التي كانت تقوم أساسا على تطوير الصناعات الثقيلة والاستغلال الجماعي للأراضي الفلاحية في ظل الاقتصاد الموجه والطابع العمومي للمؤسسات إلى غاية نهاية

[1]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، **ملخص حول الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأمة لسنة 2008**، قسم الدراسات الاقتصادية، 2009، ص 78.

[2]- Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière, **situation démographique et sanitaire 2000-2010**, juillet 2011, p17.

[3]- ONS, démographie Algérienne en 2008, n°520, op.cit., p6.

الثمانينات، ولكن منذ ذلك الوقت ونتيجة الأزمة الاقتصادية التي تعرضت لها الجزائر من جهة، ومن جهة أخرى الشروع في تطبيق عدة إصلاحات اقتصادية تمهيدا للدخول في اقتصاد السوق، وفتح الاقتصاد الجزائري من خلال وضع برامج لخوصصة المؤسسات العمومية سنة 1995، فهذه الإجراءات انعكست على الجانب الاجتماعي للمواطن من خلال تدني المستوى المعيشي له وارتفاع نسبة البطالة إلى معدل 30% في هذه المرحلة نتيجة تسريح العمال من جراء الخوصصة، والتي سبقتها أيضا فترة صعبة بدءا من منتصف الثمانينات بسبب انهيار أسعار البترول في السوق العالمية[1].

حاليا ونتيجة تطبيق مجموعة من البرامج التنموية لإنعاش الاقتصاد التي حققت نتائج ايجابية في جعل الاقتصاد يعرف توازنا، فقد أدى ذلك إلى تحسن الأوضاع في عدة مجالات؛ ومن بين المؤشرات التي تبرز هذا التحسن ذلك الانخفاض في نسبة البطالة التي وصلت إلى 11.3% سنة 2008[2] وذلك بعدما كانت تقدر بـ 31% سنة 1966[3]، والذي رافقه أيضا ارتفاع نسبة مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي بالنسبة للفئة النشطة، والتي وصلت إلى 16.8% سنة 2008 وذلك بعد ما كانت تقدر بـ 5.9% سنة 1977[4].

في الجانب الاجتماعي: وبالإضافة إلى تلك السياسات التي تطرقنا إليها، فإنها قد انتهجت أيضا سياسة تعليمية معتمدة في تطبيقها على المجانية والإجبارية في ذلك؛ سعيا منها للقضاء على الأمية أو التقليل منها في أوساط الشعب؛ وذلك نظرا للنسبة الكبيرة للأمية التي كانت تقدر بـ 76.60% بالنسبة لمجموع السكان التي تزيد أعمارهم عن عشرة سنوات، والتي كانت تشهد ارتفاعا عند النساء مقارنة بالرجال وذلك بنسبة 85.40% مقابل نسبة 62.30% على التوالي سنة 1966، وفي هذا السياق ونتيجة السياسة المتبعة في هذا المجال، فإن نسبة الأمية وخاصة لدى الإناث عرفت انخفاضا محسوسا؛ حيث انخفضت نسبة الأمية للإناث الأكثر من 10 سنوات من 74.3% سنة 1977 لتقدر سنة 1987 بـ 56.66% وواصلت في الانخفاض لتقدر بـ 40.27% سنة 1998[5]، وإلى 35% سنة 2002[6]، وقدرت نسبتهن حسب التعداد الأخير لسنة 2008 بـ 28.9%، وهذا مقابل 15.5% فقط عند الذكور، ورغم هذا التفاوت بين الجنسين فإنا نجد أن هناك انخفاض معتبر في هذه النسبة بالنسبة لمجموع السكان؛ والتي قدرت بـ 22.1%[7].

---

[1]- عمار مانع. الدلالات الاجتماعية لعمل المرأة الجزائرية في سوق العمل الرسمي: مؤشرات إحصائية، بـ: **المجلة العربية لعلم الاجتماع**، مجلة نصف سنوية محكمة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية/ جامعة القاهرة، كلية الآداب، العدد 2، جويلية 2008، ص 49

[2]- الديوان الوطني للإحصائيات. **الجزائر بالأرقام**، رقم 39، نتائج 2008، الجزائر، نشرة 2009، ص 14.

[3] - Ministère de la santé, population et développement en Algérie, op.cit, p11.

[4]- ONS. R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, op.cit., p15.

[5]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق2010. مرجع سابق، ص 53.

[6]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني لصحة الأسرة 2002(نتائج أولية)، مرجع سابق .ص 11.

[7] - ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, op.cit, p12.

كل هذه السياسات المطبقة في شتى المجالات والتي جعلت الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية تتحسن في البلاد بصفة عامة؛ قد أدت أيضا إلى التحسين في وضعية المرأة الاقتصادية والاجتماعية بصفة خاصة؛ من خلال الرفع في المستوي التعليمي لها، وارتفاع نسبة مشاركتها في النشاط الاقتصادي، والتي بدورها قد أثرت على نمط الخصوبة لديها، وهذا يظهر من خلال تلك الدراسات التي تطرقت إلى علاقة كل من الخصوبة والمكانة الاجتماعية لها والتي حددناها بالمستوى التعليمي لها وعملها خارج المنزل في العنصرين المواليين:

1-2-1-1 تأثير المستوى التعليمي للمرأة على خصوبتها:

إن الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في التأثير على مستويات الخصوبة للمرأة الجزائرية يبرز ويبدوا واضحا من خلال النتائج الإحصائية لتلك التحقيقات والدراسات التي أنجزت في الجزائر واهتمت بموضوع الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها؛ والتي تشير إلى أن للمستوى التعليمي للمرأة دور فعالا في الخفض من خصوبتها، وهذا نظرا لما يلعبه من دور في تغيير في مكانتها الاجتماعية من خلال فتح باب الشغل خارج المنزل، وزيادة الوعي عندها وتغير طريقة تفكيرها تجاه الإنجاب والأمومة، وحتى نظرتها للزواج وذلك نتيجة لما يفتحه التعليم لها من آفاق وخيارات جديدة لإثبات مكانتها في المجتمع.

حيث نجد أن المرأة المتعلمة تميل إلى تأخير سن زواجها بسبب رغبتها في مواصلة دراستها العليا؛ حيث نجد أن المرأة ذات مستوى تعليمي عالي وصل متوسط السن عند الزواج الأول عندها 33.1 سنة مقابل 28.7 سنة عند الأميات، وكذلك العمل بعد التخرج، نظرا لما يتيحه لها سوق العمل من مناصب ملائمة لمستواها التعليمي، حيث نجد أن نسبة 55.3% من النساء المشتغلات لديهن مستوى ثانوي وعالي(25.7% لديهن مستوى تعليمي عالٍ)، وذلك مقابل 11.8% فقط منهن لديهن مستوى ابتدائي حسب التحقيق الذي قام به الديوان الوطني للإحصائيات حول عمل المرأة في سنة 2005[1].

هذا من جهة، ومن جهة أخرى إذا تزوجت فإنها تميل إلى المباعدة بين الولادات وإقبالها على استعمال وسائل منع الحمل، وهذا ما تبينه تلك النسب عبر التحقيقات التي أجريت في الجزائر والتي اهتمت بإبراز علاقة المستوى التعليمي للمرأة بمدى استعمالها لوسائل منع الحمل المختلفة(حديثة أو تقليدية)، كما يبينه الجدول التالي:

[1]- عمار مانع. مرجع سابق، ص 56

جدول رقم 6: تطور استعمال وسائل منع الحمل وفقا للمستوى التعليمي للمرأة حسب التحقيقات(1992، 2002، 2006)

المستوى التعليمي	أي وسيلة(%)			وسيلة حديثة(%)		
	1992*	2002*	2006**	1992*	2002*	2006**
أمية	43.9	52.9	57.2	37.3	49.0	49.8
ابتدائي	60.4	59.8	62.1	51.4	53.7	52.2
متوسط	62.4	62.9	62.2	54.1	56.9	52.7
ثانوي	55.0	58.3	66.9	45.7	49.4	55.3
عالي	-	-	62.9	-	-	51.2
المجموع	50.7	57.0	61.4	42.9	51.8	52.0

Source:*Ministère de la santé, populations et développement en Algérie, rapport nationale CIPD+10, 2003, p24.
** Ministère de la santé et ONS, suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national indicateur multiples MICS3, 2006, Algérie, rapport préliminaire, 2007, p60.

حيث تظهر هذه النتائج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما زاد إقبالها على استعمال هذه الوسائل بمختلف أنواعها، وذلك باستثناء فئة السيدات الأكثر تعليما(ثانوي أو أعلى) فإن نسبة استعمالها منخفضة؛ ويعود سبب ذلك أن هذه الفئة من السيدات يعرفن تأخرا في سن الزواج، بالإضافة إلى أنه لديهن عدد أقل من الأطفال مقارنة بالفئات الأخرى الأقل مستوى ما يجعلهن أقل استعمالا، وهذا ما تبينه نتائج المسح الوطني حول صحة الأم والطفل سنة 1992؛ بأن السيدات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي أو أعلى ولديهن أقل من ثلاثة أطفال أحياء أقل استعمالا لوسائل منع الحمل بنسبة 48% مقارنة من اللواتي لديهن أكثر من خمسة أطفال أين ترتفع نسبة استعمالهم لهذه الوسائل إلى 75.8%[1].

من خلال كل ما سبق فإن تأثير المستوى التعليمي للمرأة على مستوى الخصوبة عندها قد بدا واضحا في نتائج أهم بعض التحقيقات التي أنجزت في الجزائر؛ وذلك بدءًا من نتائج المسح الوطني للخصوبة لسنة 1986 إلى غاية التحقيق الذي أجري سنة 2002 حول صحة الأسرة، كما يبينه الجدول التالي:

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صحة الأم والطفل1992، مرجع سابق، ص 249.

جدول رقم (7): العلاقة بين المستوى التعليمي والمؤشر التركيبي للخصوبة في التحقيقات الثلاثة (1986،1992 وتحقيق 2002م)

سنوات التحقيق / المستوى التعليمي	متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة		
	*1986	**1992	***2002
أمي	5.49	5.7	5
ابتدائي	3.75	3.1	2.8
متوسط	–	2.6	2.3
ثانوي فأكثر	2.25	1.9	1.8
المجموع	4.8	4.7	2.4

المصدر:* (T.Chabab .niveaux tendances et déterminants de fécondité en Algérie de 1970-1992) نقلا عن جويدة عميرة، محددات خصوبة المرأة الجزائرية، بـ: سلسلة الوصل، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الجزء الأول – العدد 2، 2006، ص190.

**الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان. المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992.التقرير الرئيسي، الجزائر .1994، ص 225.

***الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان. المسح الوطني لصحة الأسرة 2002(النتائج الأولية)، الجزائر، 2003. ص23.

فمن خلال الجدول نلاحظ أنه بالإضافة إلى الفارق المسجل في مستويات الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة؛ حيث نجد أن متوسط عدد الأطفال عند المرأة الأمية في تحقيق سنة 2002 قدر بـ 5 طفل لكل امرأة مقابل 1.8 طفل لكل امرأة فقط عند المرأة ذات مستوى ثانوي فأكثر، فإن تأثيره قد زاد مع مرور الوقت على مستوى الخصوبة عندها فبعدما كان يقدر المؤشر التركيبي للخصوبة عند النساء اللواتي لديهن مستوى ثانوي فأكثر بـ 2.25 طفل لكل امرأة في سنة 1986 فقد انخفض إلى 1.8 طفل لكل امرأة سنة 2002، وذلك نتيجة ارتفاع نسبة النساء اللواتي لديهن مستوى تعليمي عالٍ ومستوى ثانوي، حيث نجد أن نسبتهن قد قدرت سنة 2008 بـ 7.9% و15.2% على التوالي[1]، في حين قدرت هذه النسب بـ 3% و1.9% على التوالي في المسح الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002[2].

2-1-2-1 تأثير عمل المرأة على خصوبتها:

بالإضافة إلى أثر المستوي التعليمي على اتجاه خصوبة المرأة الجزائرية فإن خروجها للعمل يعتبر من إحدى أهم العوامل المؤثرة في ذلك، نتيجة لما يتيحه عمل المرأة خارج المنزل من خيارات أخرى مختلفة لإثبات مكانتها في المجتمع غير مرتبطة بالضرورة بالإنجاب، وخاصة بالإنجاب الكثير للذكور المكرس في أفكار المجتمع التقليدي، حيث نجد أن عمل المرأة خارج المنزل لعب دورا هاما في تغيير أفكارها ونظرتها للخصوبة، خاصة تلك الأفكار المتعلقة بسلوكها الإنجابي وتنظيم النسل فنجد المرأة العاملة أقل إنجابا مقارنة بالمرأة الماكثة في البيت وذلكم نتيجة

[1] ONS. R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, opcit, p10.

[2]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص20.

إقبالها على استعمال وسائل منع الحمل من أجل المباعدة بين الولادات، وهذا لأن ممارسة المرأة مهنة معينة خارج المنزل يتعارض مع تعدد الولادات وتكرارها، خاصة في غياب البنى الاجتماعية المتخصصة من دور الحضانة لرعاية الأطفال خاصة في السنوات الأولى من حياتهم[1].

وهذا ما يؤكده المسح الوطني لصحة الأم والطفل سنة 1992 حيث بينت نتائجه، أنه كلما قلت نسبة اشتغال المرأة خارج المنزل كلما ارتفع عدد الأطفال عندها، حيث نجد أن نسبة النساء اللواتي يعملن خارج المنزل ولديهن طفل أو طفلين قد قدرت بـ 20.95% و21.97% على التوالي، أما اللواتي لديهن 8 أو9 أطفال فنسبة اشتغالهن محدودة، حيث قدرت بـ 1.90% و1.59% على التوالي[2].

إلا أنه رغم أهمية أثر عمل المرأة على انخفاض خصوبتها فإن أثره يبقى ضئيلا؛ وهذا يعود إلى عدة أسباب وعوامل مختلفة جعلت لعمل المرأة لديه نوع من الخصوصية تميزه عن واقع الشغل في أوساط الرجال، أو من خلال الخصائص التي تتميز بها النساء العاملات.

هذه الخصائص تظهر في البدء من خلال الحالة الزواجية للنساء اللواتي هن منخرطات في سوق الشغل، وهذا من خلال ما هو ملاحظ من ارتفاع في نسبة العزوبة في هذه الفئة من النساء، حيث قدرت نسبة العازبات اللاتي عملن في سنة 1996 بـ 51% مقابل 34.8% متزوجات[3].

وبالإضافة إلى خصائص هذه الفئة التي تعمل على التقليل من أثر عمل المرأة على الخصوبة لديها؛ فإنه ما يزيد من تلك الضآلة هي ضعف مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي، وهذا رغم التطور الذي عرفته نسبة النساء المشغلات؛ حيث قدرت نسبتهن 9.22% لمجموع السكان العاملون سنة 1987[4] وبلغت 15.6% سنة 1997، حيث قدرت أعلى قيمة لها في الفئة العمرية 20-30 سنة بنسبة 20%[5]، وارتفعت نسبة النساء المشتغلات لتصل إلى 16.8% سنة 2008[6].

فهذا الضعف في هذه المشاركة قد تحكمت فيه مجموعة من العوامل والظروف، التي نجد من أهمها بقاء عمل المرأة مرتبطا بمشروع الزواج نتيجة ما هو ملاحظ عند النساء اللواتي يتزوجن أو هن مقبلات على الزواج بأنهن يظهرن رغبتهن في الانسحاب من سوق العمل وتزيد تلك الرغبة أكثر عندما ينجبن الأطفال، حيث نجد أن نسبة العاملات تنخفض بشكل سريع عند فئة النساء المقبلات على الزواج لنجد

[1]- حسين تومي. الخصوبة والأسرة؛ تحول الإخصاب وآثاره على بنية الأسرة في الجزائر، بـ: **سلسلة الوصل** ، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الجزء الأول – العدد 2، الجزائر، 2006، ص 138.

[2]- جويدة عميرة . محددات خصوبة المرأة الجزائرية، بـ: **سلسلة الوصل** ، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الجزء الأول – العدد 2 ، الجزائر، 2006، ص 193.

[3]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق ص 54.

[4]- ONS. R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, op.cit., p15.

[5]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق ص 54.

[6]- ONS. R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, op.cit., p15.

أنه بعد بلوغها أعلى نسبة في الفئة العمرية 25-30 سنة بنسبة 23.3% فإنها تبدأ في الانخفاض في الفئة العمرية 30-35 سنة بنسبة 19.3% لتصل هذه النسبة في الفئة العمرية 35-40 سنة إلى 18,8%، وهذا ما يعبر عن طبيعة عمل المرأة في الجزائر الذي مازال يحمل الطابع الظرفي[1]، وهذا بالرغم من وجود ظروف تشجع المرأة على العمل خارج المنزل والذي يأتي في مقدمتها ارتفاع نسبة النساء المتعلمات وهن أيضا ذات مستوى تعليمي عالي مما يسمح لهن بالعمل في شتى القطاعات الاقتصادية؛ يضاف إليها تلك الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي أدت إلى تراجع القدرة الشرائية للمواطن مما جعل الأسرة الجزائرية لا تعارض عمل المرأة بل أصبحت تشجعه وتعتبره مصدرا من المصادر التي تستعين بها لرفع المستوى المعيشي لها، خاصة وأن المهن التي تمتهنها المرأة تتناسب وطبيعتها الأنثوية، ولذلك نجد أن المرأة في الجزائر تشتغل أكثر في القطاعات ذات الطابع الإداري والخدماتي، كقطاع التربية والتعليم الذي يحتل الصدارة بنسبة 47.9%، والقطاع الصحي بنسبة 18.9%[2] سنة 2003، بالإضافة لما هو ملاحظ في السنوات الأخيرة دخول المرأة في مجالات عمل جديدة لم تكن تمارسها من قبل كممارسة الأعمال الحرة (التجارة).

2-2-1 العوامل الديمغرافية المؤثرة على الخصوبة:

عندما نتطرق إلى العوامل الديمغرافية التي أثرت على معدل الخصوبة والولادات، فإنه بالإضافة إلى الدور الذي لعبه تطور معدل الوفيات الذي في كثير من الأحيان -كما تكلم عنه "مالتوس"- ارتفاعه في مرحلة تتميز بوجود العوامل الايجابية التي تؤدي بمعدل النمو السكاني للانخفاض رغم ارتفاع معدل الولادات، فإن الفترة التي تأتي بعد ذلك«...هي فترة إعادة الاعتبار إلى الزواج وللإنجاب كما هو الشأن بالنسبة للفترات التي تلي الحروب عامة...»[3] نتيجة زوال تلك العوامل وتحسن الوضع تبرز فكرة التعويض، الأمر الذي يبقي معدل الخصوبة مرتفعا مقابل انخفاض معدل الوفيات وبذلك يرتفع معدل النمو الطبيعي، فإن هذه الزيادة التي يمكن لها أن تفوق موارد العيش التي يحكمها قانون تناقص الغلة حسب مالتوس، والذي اقترح من أجل الموازنة بين الأمرين والقضاء على المشكل في هذه المرحلة إلى الاستعانة ببعض الموانع التي يطلق عليها الموانع السلبية، والتي لخصها مالتوس في ذلك الوقت في تأخير سن الزواج مع الحفاظ على العفة، وكذلك الاستعانة بإجهاض الحمول غير المرغوب فيها، والتي عوضت في وقتنا الحالي بوسائل منع الحمل، ليبقى موضوع الإجهاض تنظمه قوانين خاصة بذلك حسب كل بلد.

---

[1]- عمار مانع، مرجع سابق، ص52.
[2]- نفس المرجع،ص62.
[3]- علي قواوصي، مرجع سابق، ص8.

أما فيما يخص حالة الجزائر فإنه من بين أهم العوامل الديمغرافية التي يبقى لها تأثير في مستويات الخصوبة تلك التي تتعلق بتأخر سن الزواج، يضاف إليها تلك البرامج المتعلقة بتنظيم النسل والمباعدة بين الولادات التي مرت بعدة مراحل متأثرة بالتوجهات السياسية سواء على الصعيد الدولي أو المحلي من جهة، ومن جهة أخرى بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية التي كانت تميز كل مرحلة من تلك المراحل.

1-2-2-1 السن عند أول زواج:

إذا كان تأخير سن الزواج في عهد مالتوس كأحد الحلول التي اقترحها لتخفيض عدد الولادات، فإن هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري لم تستعمل كحل أو كوسيلة لذلك، بل كان هذا الأخير هو نتيجة لبعض العوامل والظروف المختلفة، كارتباطه بالمستوى التعليمي، حيث بلغ السن المتوسط للزواج الأول عند النساء ذات مستوى تعليمي ثانوي فأكثر بـ 33.2 سنة في حين قدر بـ 28.3 سنة عند الأميات[1]، بالإضافة إلى عدة عوامل اقتصادية واجتماعية ساهمت في تأخر سن الزواج الأول نذكر من بينها إقبال النساء على العمل خارج المنزل، كما أنه يفسر أيضا بأزمة السكن ومشكلة البطالة وكذلك التكاليف المادية الباهظة للزواج، وغيرها من العوامل التي ميزت السنوات الأخيرة[2].

حيث عرف متوسط السن عند الزواج الأول بالجزائر في السنوات الأخيرة ارتفاعا هاما، فبعدما كان يبلغ 18.3 سنة للإناث و23.8 سنة للذكور سنة 1966، ارتفع ليصل إلى 20.9 سنة للإناث و25 سنة للذكور سنة 1987، ليعرف سن الزواج الأول تأخرا بدءا من تلك السنة (1987)، ليصل إلى 27.6 سنة عند الإناث و31.3 سنة عند الذكور سنة 1998[3] وواصل في الارتفاع ليصل سنة 2008 إلى 29.3 سنة عند النساء و33 سنة للرجال[4].

إلاّ أن التأخر في سن الزواج هذا قد أدى بدوره هو الآخر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في التأثير على مستويات الخصوبة وساهم في رسم نمطها عند المرأة الجزائرية، في السنوات الأخيرة، وذلك من خلال ارتفاع نسبة العازبين من السكان؛ خاصة فئة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة)، حيث قدرت نسبتهن بـ 27.9% سنة 1977، ووصلت إلى 38.87% سنة 1987 لتواصل هذه السنة في الارتفاع لتقدر بـ 49.58% سنة 1998[5]، واستمرت في الارتفاع لتصل سنة 2006 إلى 52.6%[6].

---

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صحة الأسرة-2002، مرجع سابق، ص 97.
[2]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية السكانية لآفاق 2010 ،مرجع السابق. ص 21.
[3]- نفس المرجع، ص 17.
[4] -Ministère de la santé, suivi le situation des enfantes et des femmes. Opcit, p 55.
[5]- وزارة الصحة والسكان، السياسة السكانية الوطنية لآفاق 2010، مرجع سابق. ص18.
[6]- Ministère de la santé, suivi la situation des enfants et des femmes , op cit . p53 .

وهذا ما تؤكده نتائج المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992، حيث بينت انخفاض مستوى الخصوبة النهائية مع ارتفاع السن عند الزواج الأول للمرأة، حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 2.3 طفل لكل امرأة للواتي تزوجن في سن 30 سنة أو أكثر، مقابل 8.4 طفل لكل امرأة للواتي تزوجن في سن أقل من 15 سنة[1]، ويزيد ذلك التأكيد نتائج المسح حول صحة الأسرة -2002، حيث قدر متوسط عدد الأطفال بـ 1.4 عند النساء اللواتي تزوجن وعمرهن يفوق 30 سنة، في حين يرتفع هذا العدد إلى 6.1 عند اللواتي تزوجن دون 15 سنة من العمر[2].

2-2-2-1 استعمال وسائل منع الحمل:

أما فيما يخص استعمال وسائل منع الحمل التي لها تأثير على انخفاض الخصوبة فإن استعمالها أيضا شهد ارتفاعا ملحوظا منذ السبعينات إلى يومنا هذا، حيث بعد ما كانت تقدر نسبة الاستعمال بـ 8% سنة 1970 ارتفعت سنة 1986 إلى35%[3]، وبـ 50.7% سنة 1992، لتقدر نسبة النساء اللاتي استعملن وسائل منع الحمل إلى 57% سنة 2002[4]، لترتفع هذه النسبة في سنة 2006 لتقدر بـ 62.5% في الوسط الحضري، الحضري، مقابل 59.9% في الوسط الريفي، كما أن أكبر نسبة للاستعمال كانت في الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 69.1%، لنجد أن الحبوب هي الوسيلة الأكثر انتشارا في أوساط النساء وذلك بنسبة 45.9%[5]. وهذا في ظل تراجع تأثير تلك الأفكار التي كانت تعارض استعمال وسائل منع الحمل، فبعدما كانت نسبة 7.1% من النساء اللواتي يرفضن استعمال وسائل منع الحمل بسبب ديني سنة 1992 فإنها انخفضت إلى 2.7% سنة 2002، أو العراقيل والصعوبات المختلفة التي نجد من بينها عدم توفر معلومات كافية أو جهلها تلك الوسائل(الحديثة)، والتي انخفضت من 4% في سنة 1992 إلى0.7% سنة 2002[6].

حيث بينت نتائج المسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 1992، علاقة الخصوبة باستعمال وسائل منع الحمل، فنجد أن متوسط عدد الأطفال للنساء عند أول استخدام قدر بـ 2.74 طفل لكل امرأة ، كما نجد أن النساء اللاتي استخدمن وسائل لمنع الحمل لأول مرة هن النساء اللاتي لديهن طفل واحد بنسبة 29% وتنخفض إلى 13% عند النساء اللاتي لديهن طفلين على قيد الحياة، لتنخفض نسبة الاستعمال لأول مرة عند النساء اللاتي لديهن 4 أطفال لتصل إلى 6.4%،[7] كما قدرت نسبة استخدام وسائل منع منع الحمل عند النساء اللاتي لديهن 4 أطفال أحياء بـ 62.6%، مقابل 44.8% للنساء اللاتي لديهن أكثر من 9 أطفال أحياء.

---

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، الجزائر، 1994، ص 220.
[2]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني لصحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص 111.
[3]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية السكانية لآفاق 2010، مرجع سابق ، ص 24.
[4]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني لصحة الأسرة 2002(التقرير النهائي) . مرجع سابق ، ص124.
[5] - Ministère de la santé, suivi la situation des enfants et des femmes, opcit. p59.
[6]- Ministère de la santé, population et développement, opcit, p26.
[7]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992، مرجع سابق ص ص 241-246.

وهذا ما أكدته أيضا نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة 2002، حيث نجد نسبة 52% من النساء اللاتي استخدمن لأول مرة وسيلة من وسائل منع الحمل كان لديهن طفل واحد مقابل 5.6% من النساء كان لديهن 4 أطفال[1].

حيث أن ارتفاع نسبة استعمال وسائل منع الحمل وكذلك انتشار الوسائل والطرق المختلفة لذلك قد تأثر بعدة معطيات وعوامل منذ الاستقلال إلى غاية اليوم، حيث أن هذا الارتفاع والتطور في استعمال وسائل منع الحمل، كما كان هناك دور لخصائص المرأة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية تأثير على ذلك، فإن لتلك البرامج الصحية في بادئ الأمر والسياسة السكانية فيما بعد أيضا دور في ذلك التطور أيضا.

*** تطور السياسة السكانية في الجزائر:**

إن تطور السياسة السكانية في الجزائر قد مرّ بمرحلتين أساسيتين، والتي كانت تفصل بينهما تلك التوجهات السياسية للبلاد التي رسمت طبيعة السياسة السكانية المنتهجة، فكانت تتميز في المرحلة الأولى بالضمنية في التطبيق من خلال إدماجها في برامج الرعاية الصحية وحماية الأم والطفل في ظل عدم الاعتراف بوجود مشكلة سكانية، في حين تميزت المرحلة الثانية بالإقرار بوجود مشكلة سكانية والتي باتت تعيق مسار التنمية ولذلك أعلن عن تبني سياسة سكانية هدفها التحكم في النمو الديمغرافي بالدرجة الأولى في ظل التوجهات السياسة الجديدة للجزائر.

1-**المرحلة الأولى(1962-1983):** بالرغم من الموقف المضاد تجاه اعتماد سياسة سكانية في الجزائر في هذه المرحلة، الذي يؤكده موقف الجزائر في مؤتمر بوخارست للسكان والتنمية سنة 1974، وكذلك الخطاب الذي ألقاه الرئيس هواري بومدين بمناسبة تدشين المركب الصناعي بالحجار سنة 1969 حيث قال:"...إننا لا نقبل الحلول المغلوطة مثل التحكم في الولادات الذي يعني القضاء على الصعوبات عوض إيجاد الحلول المناسبة..."[2]، فهذا الموقف الذي كان عبارة عن رد على تلك الضغوط الخارجية التي كانت تمارس من طرف الدول الليبرالية بطرحها المتعارض مع التوجه الإيديولوجي للبلاد، بحثها على ضرورة الحد من النمو الديمغرافي بتطبيق سياسة سكانية من أجل تحقيق التنمية.

فإنه سرعان ما استجابت الحكومة للضغط الداخلي والذي فرض عليها بصفة خاصة من طرف الاتحاد الوطني لنساء الجزائر، بمناداته بأحقية المرأة الجزائرية بتنظيم الأسرة واعتباره كحق من حقوقها وكحق في الصحة أيضا، ومحاولة من الحكومة لإيجاد حل وسط بين المحافظة على المواقف الدولية إزاء هذا الموضوع وبين الاستجابة لمطلب الاتحاد الوطني لنساء الجزائر، فقد أقرت الدولة رسميا في سنة 1967 تطبيق برنامج تنظيم الأسرة واعتباره وسيلة لتحرر المرأة وأيضا كوسيلة

---

[1] - ONS, ministre de la santé. **enquête algérienne sur la santé de famille 2002** ,rapport principal . 2004 .p 122.

[2]- علي قواوصي، مرجع سابق، ص12.

لرعاية صحتها وصحة طفلها، والذي تم بموجبه فتح أول قسم لتنظيم الأسرة بمستشفى مصطفى باشا الجامعي تحت إشراف الأستاذة "جانين بلخوجة"[1]، كما تم التشديد على عبارة "المباعدة بين الولادات" لتمييزها عن "مراقبة الولادات" المرادفة لعبارة "الحد من الولادات" في المنظور الغربي للسياسة السكانية[2].

ولذلك شكلت حماية صحة الأم والطفل أحد أهداف السياسة الصحية للصحة العمومية، والتي مر تنفيذها عن طريق السياسة الوقائية وذلك عن طريق إنشاء شبكة من المراكز لحماية الأمومة والطفولة عبر كامل التراب الوطني، خاصة بعد ذلك التقرير المنجز سنة 1968 من طرف لجنة وزارية تحت إشراف كاتب الدولة للتخطيط والذي جاء تحت عنوان "الضرورة الملحة لتنظيم الأسرة" مدافعا بذلك عن فكرة إنشاء شبكة وطنية لمراكز تنظيم الأسرة.

ومن أجل ذلك تم فتح أولى المصالح الصحية العمومية المتضمنة لتنظيم النسل حيث تم تهيئة الشروط الملائمة لتغيير السلوكات في مجال الإنجاب منذ بداية السبعينات، وذلك من خلال السعي في إدماج سياسة تنظيم الأسرة في المصالح الصحية القاعدية والتي بدأ تطبيقها فعليا سنة 1974، وذلك بانطلاق البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة الذي يعرف برنامج "تباعد الولادات :PMIEN"، وذلك بعد استحداث مكتب مركزي لرعاية الأم والطفل، بهدف تحسين صحة الأم والطفل عن طريق الوقاية من الحمول المتعددة والمتقاربة[3].

لتنتشر هذه المراكز خاصة بعد الشروع في تطبيق البرنامج الوطني للمباعدة بين الولادات سنة 1974[4]؛ ليزيد عددها بسرعة حيث انتقل عددها من 38 مركز سنة 1975 إلى 122 مركز سنة 1977 ليرتفع عددها إلى 237 سنة 1979[5] موزعة عبر كامل التراب الوطني، والتي بالإضافة إلى قيامها بتقديم خدمات التنظيم العائلي المتمثلة في وسائل منع الحمل وبصفة مجانية، فإنها اهتمت أيضا بتقديم الخدمات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، وذلك عن طريق مراقبة الحمل ومتابعته والكشف عن أنواع الحمل التي تشكل خطرا على صحة الأم والقيام بالتلقيحات اللازمة ومتابعة الطفل حتى سن السادسة حيث أن هذه الخدمات تقدم بصفة مجانية.

حيث دُعمت تلك الجهود بصدور أمر رقم 73-65 بتاريخ 1973/12/28 الذي يكرس مجانية الطب، ليتبعه قانون الصحة الصادر سنة 1976 والذي كان من بين أهدافه: حماية صحة الأم وضمان أحسن الشروط الطبية والاجتماعية لها، قبل الحمل

---

[1]- نفس المرجع، ص 14،13.

[2]- نفس المرجع،ص14،13.

[3]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية السكانية لآفاق 2010، مرجع سابق، ص 28.

[4]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي اللجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، **مشروع تقرير صحة الأم والطفل**، الجزائر، أكتوبر 1997، ص ص 9-10.

[5] -INED. Indicateurs de la santé maternelle en Algérie: évolution de 1962-1992, in: **population**, n°4, 1998, pp867, 868.

وأثناءه وبعده، والمحافظة على أفضل الشروط والتوازن الاجتماعي والنفسي للأسرة وترقيتها، والتأكيد على السياسة الوطنية للمباعدة بين الولادات بواسطة وسائل منع الحمل، مع منع الإجهاض والسماح به لأسباب طبية وصحية فقط[1].

كما تميزت الفترة الممتدة ما بين 1974-1983 بتجنيد حوالي 400 موظف مشرف على هذه الخدمات للتكفل بالنشاطات الخاصة بالتنظيم النسل وذلك من خلال السعي لرفع نسبة استعمال وسائل منع الحمل والتي تم رفعها من 8% سنة 1970 إلى 11% سنة 1978 لتصل إلى 25% سنة 1984[2].

وبالإضافة إلى تلك الجهود التي بذلتها الدولة من خلال إعداد الهياكل اللازمة وتأطير وتأهيل أعوان الصحة و توفير وسائل منع الحمل، ومن أجل إنجاح هذا المشروع فقد تم تجنيد وسائل الإعلام المختلفة وقطاع التربية ورجال الدين بإصدار فتوى تبرز وتبيين موقف الإسلام الذي لا يعارض تنظيم النسل؛ بهدف التوعية والتحسيس وجعل أكبر فئة من النساء يستفدن من تلك الخدمات، فكان من نتائج هذه الجهود هو ارتفاع عدد المستفيدات من هذه الخدمات من 14 ألف امرأة سنة 1975 إلى 50 ألف مستفيدة سنة 1976 ليرتفع هذا العدد إلى 80 ألف سنة 1979[3].

2-المرحلة الثانية(من 1983 إلى اليوم): فإذا كانت المرحلة الأولى من هذه السياسة قد طبقت تحت ما يسمى برنامج تنظيم الأسرة بسبب التوجهات السياسية، فإنه هذه المرحلة ونتيجة تغير عدة عوامل وظروف التي تأتي في مقدمتها تلك التوجهات السياسية تضاف إليها تلك الظروف الاقتصادية والاجتماعية بسبب أزمة انخفاض أسعار البترول، فقد تميزت هذه المرحلة بإعلان الحكومة الجزائرية على سياسة سكانية قصد تعديل وتيرة النمو السكاني؛ باعتماد برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي (PNMCD) في20 فيفري سنة 1983، معتبرين أن الزيادة السكانية أصبحت تعيق التنمية، حيث ارتكز هذا البرنامج الوطني على ثلاث محاور أساسية للتدخل هي:

* تطوير الهياكل الصحية وأنشطة المتعلقة بتباعد الولادات.
* تطوير أنشطة الإعلام والتحسيس والتربية في مجال تنظيم الأسرة.
* تطوير الدراسات والأبحاث حول محددات النمو الديمغرافي، وعلاقته بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية[4].

إلا أن الملاحظون لمسار هذه السياسة في الميدان اعتبروا بأنها كانت مجرد استمرار لما كان سابقا، كما يذهب البعض الآخر إلى حد القول بأن الوضع تفاقم

[1]- علي قواوصي، مرجع سابق،ص22.
[2]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية السكانية لآفاق 2010، مرجع سابق، ص ص28-30.
[3]- علي قواوصي، مرجع سابق، ص26
[4]- نفس المرجع ، ص 28-30.

لاسيما في مجال التزويد بوسائل منع الحمل الذي تراجع، وبأن مصالح الوزارة كانت مهيكلة بشكل أفضل تحت نظام المباعدة بين الولادات مما جعل العمل الميداني أقل نجاعة بعد إقرار هذه السياسة السكانية.[1]

ورغم هذا الوضع الذي ميز بداية انطلاق هذه السياسة السكانية واحتجابها في الفترة ما بين 1989 و1992 بسبب التوتر السياسي والظروف الأمنية التي كانت تعيشها البلاد، إلا أنه تم تدعيمها ابتداءا من 1992، بالتعديل الذي أجري على وزارة الصحة العمومية حيث أصبحت من تلك السنة تدعى وزارة الصحة والسكان، ونتيجة الديناميكية الجديدة فقد أدمجت في مخططها التنظيمي وبمقتضى المرسوم رقم 54-94 بتاريخ 6 مارس 1994، من خلال استحداث هيئة مركزية مكلفة بالمسائل السكانية، التي ترجمت بالخصوص بوضع الميكتانيزمات المؤسساتية الخاصة بذلك في مختلف المستويات[2].

وعليه ففي سنة 1995 تم تنصيب اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية والتنظيم العائلي، التي ساهمت أيضا في تنظيم النشاطات المرتبطة بالصحة الإنجابية وتنظيم النسل، وكذلك الكشف عن البرامج الفرعية الأولية المرتبطة بالصحة الإنجابية، والذي تلاه تنصيب اللجنة الوطنية للسكان سنة 1996 بموجب المرسوم رقم: 98-157 المؤرخ في 16 ماي 1996 التي سمحت بتجسيد عدة مشاريع كانت تهدف إلى تطوير نشاطات التحسيس والتربية والاتصال في مجال الصحة الإنجابية[3]، من خلال الاستعانة بوسائل الإعلام المختلفة(التلفزيون: الحصص والأفلام، الإذاعة، الصحافة المكتوبة) وكذلك عن طريق النشاطات الجوارية من خلال الجمعيات ومستخدمي الصحة، وكذلك أئمة المساجد.

وعليه فإن نشاطات الصحة الإنجابية في سنوات التسعينيات كانت تهدف بصفة عامة إلى تسهيل وتوسيع تقديم الخدمات والعلاجات ذات نوعية في ميدان التنظيم العائلي وكذلك في الميادين المرتبطة بها، بإدماج البعد الواسع للصحة الإنجابية مثل: التكفل بالأمومة والأمراض التي تعد من أسباب اعتلال ووفيات النساء في سن الإنجاب كالأمراض المتنقلة جنسيا[4]، والكشف عن سرطان الرحم، والوقاية من مختلف أشكال العنف، ولذلك تم إنشاء في الفترة ما بين 1994-1999 حوالي 363 مركز للتنظيم العائلي على مستوى المصالح التوليدية للمراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية موزعة على 48 ولاية، ليبلغ بذلك عدد تلك المراكز إلى 1962 في سنة 1999، وذلك من أجل إزالة الهوة المتواجدة إلى غاية يومنا هذا بين التوليد والتنظيم العائلي.

---

[1]- نفس المرجع، ص26.
[2]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية السكانية لآفاق 2010، مرجع سابق. ص ص 28-30.
[3]- نفس المرجع . ص ص 30-37.
[4]- نفس المرجع .ص ص 31-35.

ومن جهة أخرى فقد تم في أواخر سنة 1997 إطلاق مشروع يهدف إلى إدماج أطباء النساء والتوليد الخواص في تطبيق هذه السياسة، من أجل المساهمة في نشر وسائل منع الحمل خاصة اللولب من خلال التعاقد معهم في إطار هذا المشروع طبقا للقرار الوزاري الذي ضم إلى قطاع الصحة القطاعين المكلفين بالحماية الاجتماعية وأيضا التضامن الوطني، حيث تم بموجبه منح اللولب مجانا لهؤلاء الأطباء، بالإضافة إلى ذلك فإنه عند شرائه من طرف الزبونة وفق تعريفة محددة مع صندوق الضمان الاجتماعي يقوم هذا الأخير بتعويضها بنسبة 100%، أما إذا لم تستطع دفع التكاليف فإن الصندوق هو الذي يتكفل بذلك[1].

حيث تبرز نتائج هذه النشاطات في سنوات التسعينات من خلال تطور العدد الإجمالي للفحوصات المتعلقة بتنظيم الأسرة على مستوى هياكل الصحة العمومية، التي ارتفع عددها من 1399383 سنة 1996 إلى 2095416 سنة 1999، ليرتفع بذلك عدد المستعملات لهذه الوسائل من 811000 في منتصف الثمانينات إلى 2489000 سنة 2000[2].

وفي الأخير فإن كانت تلك العوامل المختلفة التي ذكرناها قد ساهمت في رسم الواقع الديمغرافي في الجزائر، كما لا ننس تلك الظروف السياسية والاقتصادية التي مرت بها البلاد في سنوات التسعينات والتي قد أثرت هي الأخرى في ذلك؛ وهذا من خلال ما تظهره تلك المعدلات المنخفضة للولادات في تلك الفترة، وارتفاعها بعد تحسن الظروف الأمنية، فإن من نتائج هذه التحولات في الجانب الديمغرافي تلك التغيرات في الهيكلة العمرية، والتي نجد من بينها بوادر تشيخ السكان في المجتمع الجزائري وبداية ارتفاع نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة.

1 3 بوادر الشيخوخة السكانية في الجزائر:

من بين النتائج المترتبة عن التحولات الديمغرافية في الجزائر التي تطرقنا إليها سابقا نذكر تلك التغيرات في الهيكلة العمرية للسكان؛ والتي كانت تعكس بشكل واضح تطور معدل الولادات من جهة، وارتفاع أمل الحياة من جهة أخرى.

ولذلك ونتيجة التسارع في النمو الديمغرافي في المرحلة الأولى من الانتقال الديمغرافي الذي يعكس المعدلات المرتفعة للخصوبة كما أبرزناه سابقا، فقد ارتبط به ولمدة طويلة دامت أكثر من عشرين سنة ذلك الارتفاع في نسب فئة الأعمار الشابة، ويبرز هذا من خلال الارتفاع الذي عرفته الفئة العمرية الأقل من 20 سنة من نسبة 57.37% سنة 1966 إلى قيمة 58.24% في سنة 1977، والتي بقيت تفوق نسبة 50% رغم الانخفاض التي عرفته هذه النسبة سنة 1987 حيث قدرت بـ 55.02%[3].

1- نفس المرجع، ص34.
2- نفس المرجع، ص36.
3- نفس المرجع، ص13.

وبعد هذه السنة قد برزت آثار الانتقال الديمغرافي على البنية العمرية، خاصة ذلك الانخفاض الذي عرفته نسبة الفئات العمرية الشابة، حيث أبرزت نتائج التعداد الذي أجري سنة 1998 أن هذه الفئة ولأول مرة منذ الاستقلال قد نزلت تحت عتبة 50% لتقدر بـ 48.27% واستمرت في الانخفاض لتبلغ نسبة 38.73% في سنة 2008، كما يتجلى هذا الانخفاض أكثر في الفئة العمرية الأقل من 5 سنوات والتي كانت نسبتها تقدر بـ 19.8% في سنة 1966 وبنسبة 18.8% في سنة 1980 والتي انخفضت سنة 1998 إلى نسبة 10.9%[1] وهي لا تختلف كثيرا عن النسبة التي سجلت سنة 2008.[2]

وعلى عكس الانخفاض الذي عرفته الفئات الشابة من السكان مع بداية المرحلة الثانية من الانتقال الديمغرافي في أواخر الثمانينات نتيجة انخفاض معدلات الخصوبة، فقد شهدت الفئات الراشدة والفئة النشطة من السكان(15-59 سنة) ارتفاعا معتبرا، حيث نلاحظ أن الفئة العمرية 15-19 سنة زادت نسبتها وتجاوزت 57% في 1998 مقابل 50.23% في عام 1987 و45.3% سنة 1970، وكذلك الأمر في الفئة النشطة من السكان 15-59 سنة التي ارتفعت نسبتها إلى 64.4% حسب التعداد الأخير(2008) وهذا مقابل نسبة 57.2% سنة 1998 و50.5% سنة 1987[3].

جدول رقم(08): تطور توزيع سكان الجزائر حسب فئات السن (من 1966-2008)

فئات السن. / السنوات.	أقل من 20 سنة	20-59 سنة	60 سنة فأكثر
1966	57,37	35.94	6.85
1977	58.24	35.96	5.76
1987	55.02	39.25	5.90
1998	48.27	45.14	6.86
2008*	38.73	53.67	7.6

المصدر: وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001، ص13.

*ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10^{éme}, in: **collections statistiques**, n°142, 2008 p5.

كما هو ملاحظ من خلال الجدول بالإضافة إلى التطور الذي عرفته تلك الفئات فإن فئة كبار السن التي تزيد أعمارهم عن 60 سنة هي الأخرى عرفت تطورا في نسبتها، حيث أنه بعدما كانت تتميز السنوات الأولى بعد الاستقلال بتدني وتراجع هذه

[1]- نفس المرجع، ص14.

[2] - ONS **R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10^{éme}**, opcit, p5.

[3] - IBID, p6.

النسبة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى لنجدها قد تقلصت من نسبة 6.85% سنة 1966 إلى 5.76% سنة 1977[1].

وهذا التراجع في هذه النسبة في الفترة مابين 1966 و1987 رغم الارتفاع الطفيف الذي عرفته في الفترة ما بين 1977 و1987، لتقدر بـ 5.90% سنة 1987، كان راجع بالدرجة الأولى إلى ارتفاع معدل الولادات الخامة التي قدرت بـ 50.16‰، وبمؤشر تركيبي للخصوبة بلغ 7.8 طفل لكل امرأة، الذي أعاد الاعتبار للفئات العمرية الشابة التي كانت تعرف في أوساطها نسبا مرتفعة من الوفيات نتيجة ظروف حرب التحرير والمشاركة الواسعة لفئة الشباب فيها، الأمر الذي أفرز لنا نسبة معتبرة من المسنين التي تراجعت مع بداية ارتفاع عدد الولادات مقابل انخفاض عدد الوفيات من 15.54‰ إلى 8.4‰ في هذه الفترة.

وعلى خلاف الوضعية الديمغرافية التي ميزت الفترة السابقة فإنه نتيجة الانخفاض الذي مس معدل الولادات بدءا من منتصف الثمانينات حيث انخفض متوسط الأطفال عند المرأة الجزائرية إلى 4.5 طفل لكل امرأة سنة 1990 وإلى 2.27 طفل لكل امرأة في سنة 2006، فقد بادرت نسبة كبار السن في الارتفاع من جديد لتقدر بـ 6.86% سنة 1998 و واصلت في الارتفاع لتبلغ نسبة 7.6% حسب نتائج التعداد الأخير في سنة 2008، والتي باتت تعلن عن بوادر التشيخ لسكان الجزائر في القرن الحالي بارتفاع عدد الأشخاص المسنين البالغين من العمر 60 سنة فأكثر من 790.224 في سنة 1966 ليبلغوا 1.930.179 بحلول سنة 1998[2]؛ أي بمتوسط نمو سنوي لهذه الفئة قدر بـ 2.62% بين هذين السنتين، ليصبح عددهم يقدر بحوالي 2.500.000 شخص مسن حسب نتائج التعداد الأخير لسنة 2008.

كما أن الزيادة في حجم هذه الفئة في هذه الفترة نتيجة انخفاض الخصوبة فإنها تعكس أيضا الارتفاع في أمل الحياة نتيجة الانخفاض الذي عرفه معدل الوفيات خاصة وفيات الرضع الذي تقلص من معدل قدر بـ 36.94‰ سنة 1985 إلى معدل قدر بـ 24.8‰ في سنة 2009، ليرتفع بذلك أمل الحياة عند الولادة من 52.6 سنة في سنة 1970 إلى67.7 سنة بحلول سنة 1996 ليواصل الارتفاع إلى مستوى 75.5 سنة وهذا بتسجيل فارق 2.4 نقطة بين الجنسين لصالح الإناث (74.7 سنة/رجال، 76.3 سنة/ نساء).

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص 13.
[2]- نفس المرجع، ص13

جدول رقم(9): تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر(1970-2009)

السنوات / أمل الحياة	1970	1980	1985	1991	1996	2000	2005*	2008*	2009*
رجال	52.6	55.9	62.7	66.9	66.8	71.5	73.6	74.8	74.7
نساء	52.8	58.8	64.2	67.8	68.4	73.4	75.6	76.4	76.3
المجموع	52.6	57.4	63.6	67.3	67.7	72.5	74.6	75.6	75.5

Source: Ministère de la santé et la population et la reformé hospitalière, population et développement en Algérie, rapport national CIPD+10, 2003, p19.
*ONS, démographie Algérienne-2009, in : **collection statistiques**, n°554, 2010, p7.

كما نلاحظ أن أمل الحياة عند 0 سنة تامة يبقى منخفضا بقيمة 75.5 سنة مقارنة بذاك الذي يخص الأشخاص الذين لديهم سنة تامة من العمر لنجده يرتفع في هذا العمر ويقدر بـ 76.4 سنة، هذا بالإضافة إلى أن الأشخاص الذين بلغوا من العمر 60 سنة فإن احتمال الحياة عندهم يقدر بـ 21.4 سنة وينخفض إلى 13.7 سنة عند الأشخاص الذين بلغوا من العمر70 سنة؛ أي بإمكان هؤلاء العيش أكثر من 80 سنة، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة الأشخاص المسنين في العمر الرابع الذي يتميز بزيادة درجة العجز عند هؤلاء في هذا السن، والتي قدرت نسبتها بـ 12.56% حسب نتائج تعداد 2008.

جدول رقم(10): توزيع عدد المسنين حسب الفئات العمرية، وأمل الحياة لكل فئة لسنة 2008.

فئات السن	عدد المسنين*	% بالنسبة لمجموع السكان*	% بالنسبة لمجموع المسنين	أمل الحياة عند العمر(x)**
65-60	704482	2.8	28.11	21.4
70-65	626233	1.85	24.99	17.5
75-70	501058	1.48	19.99	13.7
80-75	359785	1.06	14.36	10.3
85-80	185603	0.55	7.41	-
85 فأكثر	129063	0.38	5.15	-
المجموع	2506224	7.6	100	75.5

Source: *ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, in: **collections statistiques**, n°142,2008, p29.
ONS, démographie Algérienne- 2008, in **: collection statistiques, n°520, Alger, 2009, p5.

وفي الأخير فإنه مقابل بداية ظهور ملامح التشيخ في المجتمع الجزائري، وهذا مع استمرار ارتفاع هذه النسبة حسب إسقاطات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2020، الذي قدر فيها ارتفاع نسبة المسنين التي يزيد سنهم عن 60 سنة إلى نسبة 9.3%[1] من مجموع السكان وهذا بالموازاة أيضا مع استمرار انخفاض نسبة الفئات

[1]- وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، مرجع سابق، ص 17.

الشابة، والتي من المحتمل أن تقدر نسبة الفئة العمرية الأقل من 20 سنة بـ 17% بحلول نفس السنة، فإن هذه الوضعية أيضا باتت تعلن في المدى البعيد على ارتفاع تكاليف الصحة وتزايد حجم النفقات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية لهذه الفئة لاسيما في مجال التقاعد ودفع المعاشات، الأمر الذي يدفع بالمعنيين إلى ضرورة إعادة النظر في جميع البرامج والقوانين (في جميع المجالات) والهياكل الخدماتية سواء كانت اجتماعية أو صحية أو اقتصادية، وهذا من خلال الارتكاز على تلك المعطيات في جميع المجالات، من أجل ضمان أوضاع أحسن في المستقبل لهذه الفئة من السكان، وبالأخص الإلمام بالوضعية الحالية التي يعيشها المسنين في مجتمعنا والتي باتت تطرح الكثير من الانشغالات على جميع الأصعدة:

1 - على الصعيد الصحي: إعادة النظر في برامج الصحية وأيضا برامج التكوين والتخصصات الواجب توفرها، وتكييفها حسب النمط الوبائي الذي تعرفه الجزائر في السنوات الأخيرة؛ من خلال انتشار الأمراض المزمنة التي تعود إلى ارتفاع نسبة المسنين في المجتمع(كأمراض القلب والشرايين، والسكري، وضغط الدم...إلخ) وما تتطلبه من توفير الإمكانيات في هذا المجال للتكفل الجيد بهذه الفئة.

2 - على الصعيد الاقتصادي: من خلال إعادة النظر في نظام الضمان الاجتماعي وقانون التقاعد من أجل مواكبة تلك الزيادة في نسبة المتقاعدين الذين تتجاوز أعمارهم 60 فأكثر، وهذا في ظل الظروف الاقتصادية التي تعيشها البلاد والتي انعكست هي الأخرى على وضع هؤلاء المسنين وزيادة تأزمه نتيجة الفقر وتراجع دور الأسرة بالتكفل بهم، بسبب الظروف الاقتصادية التي تعيشها من مشكل البطالة، مشكل السكن،...إلخ

3 - على الصعيد الاجتماعي: من خلال الضرورة التي تطرحها في إعادة النظر في القوانين التي تحمي هذه الفئة، نتيجة ما هو ملاحظ من مظاهر التخلي والإهمال لهذه الفئة.

ثانيا: وضعية المسنين في المجتمع الجزائري والمشاكل التي يعانون منها.

إن كانت لتلك الإسقاطات التي باتت تنبه على ضرورة الاستعداد الجيد للتكفل بهذه الفئة الناتجة عن هذه الظاهرة وضرورة اتخاذ جميع الإجراءات لتغطية احتياجاتها، فما يزيد هذا الاهتمام أيضا تلك الظروف الخاصة التي تعيشها هذه الفئة؛ سواء من الجانب الصحي، أو الاقتصادي، أو من الجانب الاجتماعي في المجتمع الجزائري، والتي تظهرها نتائج الدراسات التي اهتمت بهذه الفئة، وهذا رغم قلتها ومحدودية الجوانب التي تطرقت إليها.

2-1 الوضعية الصحية للمسنين في المجتمع الجزائري

كما هو معروف فإن مرحلة الشيخوخة لديها نوع من الخصوصية من الناحية الصحية، خاصة وأن هذه المرحلة من العمر تتميز بتراجع الجسم في أدائه لوظائفه

الحيوية وما ينتج عنها من زيادة احتمال الإصابة بالأمراض، فإن فئة المسنين في المجتمع الجزائري تعرف هي الأخرى مجموعة من الأمراض خاصة المزمنة منها، وهذا ما تبرزه نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002، حيث وجد أن نسبة 66.8% من فئة المسنين في الجزائر يعانون على الأقل من مرض واحد مزمن، لنجد أنه من أهم الأمراض التي تنتشر في أوساطهم هو مرض ضغط الدم بنسبة 28.9%، تليه نسبة 24% منهم يعانون من أمراض وآلام المفاصل، ونسبة 12.8% من يعانون من قرحة المعدة، ونسبة 11% مصابون بداء السكري[1]، لتبقى بعض الأمراض تنتشر بنسب أقل كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (11): نوع الأمراض التي يعاني منها المسنون في الجزائر حسب وسط الإقامة

نوع المرض	نسبة المسنين الذين يعانون من المرض حسب مكان الإقامة		
	حضر	ريف	المجموع
ضغط الدم	31.1	25.5	28.9
السكري	12.8	9.0	11.3
قرحة المعدة	11	15.5	12.8
أمراض القلب	9	6.5	8
آلام المفاصل	23.3	25.8	24.3
الصداع المزمن	7.1	8.3	7.6
إعتام عدسة العين	7.4	8.2	7.7
آلام مزمنة في الظهر	8.1	12.1	9.7

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني لصحة الأسرة –2002، التقرير النهائي، الجزائر، 2004، ص185.

وكما هو ملاحظ فإن لمكان الإقامة للمسن له تأثير على صحته؛ حيث نجد أن بعض الأمراض لها علاقة بالوسط الحضري أكثر؛ كضغط الدم والسكري وهذا نظرا لنمط العيش بصفة عامة، وبالأخص طبيعة الأعمال التي تعتمد على الجهد الفكري الذي يعرض صاحبه للضغوط بصفة يومية ومتكررة، وهذا دون أن ننسى ظروف السكن وكذلك نوعية التغذية، وبالمقابل فإننا نلاحظ أن هناك في الريف أمراض من نوع آخر تنتشر فيه بنسبة أكبر خاصة ألام المفاصل وآلام الظهر المزمنة بسبب الأعمال التي تعتمد على الجهد العضلي.

كما أن نسب انتشار هذه الأمراض عند هذه الفئة العمرية لا تختلف ولا تبتعد كثيرا عن تلك النسب المسجلة في التحقيق الوطني الذي أجري سنة 2006 (MICS3)، حيث قدرت نسبة المصابين بضغط الدم بـ 31.1%، ونسبة 12.52% من

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني الأسرة -2002، مرجع سابق، ص185.

يعانون من مرض السكري، و10.6% يعانون من آلام المفاصل، وأما من يعانون من قرحة المعدة فقد قدرت نسبتهم بـ 3.1%[1].

بالإضافة إلى هذه الوضعية الصحية التي يتميز بها فئة من المسنين، فإن هناك سلوكيات: كالتعرض للحوادث أو التدخين؛ التي تبقى لها آثار دائمة في بعض الأحيان على صحته؛ خاصة وأن نتائج المسح حول صحة الأسرة بينت أن هناك نسبة معتبرة من المسنين خاصة الرجال لم يتخلوا عن التدخين في هذه المرحلة من العمر حيث قدرت نسبتهم بـ 20.9%، مقابل 14.4% من تخلوا عنه، وبغض النظر عن ذلك فإنه ما يزيد الأمر سوءا تلك المدة التي قضوها في استهلاك هذه المادة، كما تبينها نتائج المسح (2002) بأن ثلثي هؤلاء قد استهلكوه منذ أكثر من 25 سن، وذلك بمتوسط 34 سنة من التدخين، وترتفع إلى 44 سنة عند البالغين أكثر 80 سنة[2].

فهذه الوضعية الصحية التي تتميز بها هذه الفئة من السكان تحتاج إلى رعاية صحية سواء كانت وقائية للحد من تلك السلوكيات المضرة بالصحة، أو كانت علاجية لعلاج الأمراض التي يعاني منها أو الحد من تطورها، ولكن لظروف وعوامل تختلف من شخص لآخر فإننا نجد أن نسبة الإقبال على الرعاية وخاصة اقتناء الأدوية ليس نفسها عند كل المسنين، وحسب نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002؛ فإنه من بين 54% من المسنين الذين يتناولون الأدوية قد صرح نسبة 44% منهم أنهم يجدون صوبة في اقتناء الأدوية التي يحتاجونها، وهذا في ظل وجود 46% منهم لا يستفيدون من خدمات التأمين الصحي.

أي ما يمكن قوله في هذه الحالة أن هذه الصعوبة في تلقي العلاج من جميع جوانبه بصفة عامة، وتوفير الدواء بصفة خاصة تعود بالدرجة الأولى إلى عدم استفادة نسبة معتبرة من هؤلاء من التأمينات الاجتماعية؛ وهذا بالرغم من أن قانون الضمان الاجتماعي خاصة المتعلق بالتأمين عن المرض يضمن لكل فئات العمرية والاجتماعية في المجتمع هذا الحق، وذلك حسب قانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 والمعدل والمتمم في تاريخ 11 أفريل 1994 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية؛ والذي ينص وفق المادة الثانية منه على أن التأمينات الاجتماعية تغطي المخاطر التالية: المرض، بالإضافة إلى الولادة والعجز والوفاة، حيث يستفيد من أحكام هذا القانون كل أفراد المجتمع وذلك حسب خصوصية كل شريحة من شرائحه (العمال الأجراء، العمال غير الأجراء، المجاهدين، الأشخاص المعوقين، والطلبة)[3].

هذا فيما يتعلق بالإمكانيات المادية لتوفير العلاج، لتبقى عوائق أخرى تواجه المسن عند توجهه لمؤسسات القطاع الصحي لتلقي العلاج، خاصة وأن هذا القطاع

[1] -Ministère de la santé et populations, suivi la situation des enfants et des femmes, opcit, p32.
[2]- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002، مرجع سابق، ص ص188-189.
[3]- أحمد التيجاني بلعروسي، مرجع سابق، 2004، ص ص7-8.

يواجه صعوبات وتحديات عديدة في السنوات الأخيرة، والتي نجد من بينها ضرورة التأقلم مع النمط الوبائي الجديد الذي بات يميز قائمة الأمراض التي يعاني منها سكان الجزائر في السنوات الأخيرة، وذلك من خلال الانتقال من نمط الأمراض المعدية التي كانت تنتشر بكثرة في السنوات الأولى من الاستقلال؛ كالديفتيريا، والطاعون، والسل، ...إلخ، إلى نمط وبائي جديد نتيجة تراجع أو القضاء على تلك الأمراض المعدية، وظهور أمراض جديدة كالسرطان ومرض السيدا، بالإضافة إلى الأمراض التي تمييز ويكثر انتشارها في فئة العمر الثالث للسكان؛ كأمراض القلب والشرايين وضغط الدم ومرض السكري، وهشاشة العظام ...إلخ، فحسب تحقيق 2006 فقد قدرت نسبة الذين يعانون من الأمراض المزمنة بـ 8.4% من مجموع السكان، كما تبين أن فئة كبار السن (60 سنة فأكثر) هي الأكثر تعرضا للإصابة بها وهذا بنسبة 42% من إجمالي الأشخاص المصابين[1].

فهذه الوضعية وحسب المختصين في هذا المجال أصبحت تفرض على النظام الصحي ضرورة تغيير نوع البرامج الموجهة لضمان صحة السكان بجميع شرائحه بما فيهم المسنين، من خلال ضرورة توفير مصلحة خاصة لهؤلاء وتتوفر أيضا على مختصين في طب الشيخوخة، والذي بدوره يفرض عليه تحديات أخرى، نتيجة ما يعانيه هذا النظام من أزمة منذ بداية سنوات الثمانينات (الأزمة المالية التي انعكست على طريقة التسيير) وما نتج عنها من تراجع في نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن رغم الإجراءات التي انتهجتها الدولة لرفع مستواها، الذي بدء من خلال السماح بخوصصة القطاع؛ الذي يبقى يقدم خدمات جيدة مقارنة بالقطاع الصحي العمومي، ولكن بتكاليف عالية ليست في متناول الجميع، خاصة في الوضع الاقتصادي الراهن الذي يتميز بتدهور وتراجع القدرة الشرائية للمواطن.

أي أن ضمان رعاية جيدة من جميع الجوانب التي يحتاجها المسن تبقى متعلقة بنوعية الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي ومدى توفيرها له من جهة؛ ومن جهة أخرى الوضعية الاقتصادية التي يعيشها المسن في هذه المرحلة من العمر.

2-2 الوضعية الاقتصادية للمسنين في المجتمع الجزائري.

عندما نتكلم عن الوضعية الاقتصادية للمسنين في أي مجتمع كان، فإننا لا يمكننا أن نغض الطرف عن تلك القوانين وتطورها، التي اهتمت بتأمين الجانب الاقتصادي للمسن في هذه المرحلة من العمر، والذي يبقى يعرف اختلافات حسب الخصائص التي تميز كل مجتمع، حيث أن التأمينات الاجتماعية على المخاطر بصفة عامة والتأمين على الشيخوخة بصفة خاصة كان من نتائج الثورة الصناعية في القرن التاسع عشر، حيث تم تنظيم تأمين الشيخوخة بالنسبة للأجراء للمرة الأولى في ألمانيا، وهذا بالرغم من أن مؤسسة التقاعد قديمة في الوظيفة العامة وفي بعض

[1]-Ministère de la santé et populations, <u>suivi la situation des enfants et des femmes</u>, opcit, p32.

المهن الخطرة (العاملون في البحر والمناجم)، وتم تطبيق هذا الإجراء تماشيا مع الظروف الاقتصادية التي كانت سائدة في أواخر القرن 19 وللإبقاء على التوازن الاقتصادي والاجتماعي الذي كان سائدا، وهذا الوضع كان له أثر قبل ذلك في إقرار تأمين المرض وإصابات العمل ليأتي بعدها تأمين الشيخوخة؛ وذلك ضمن الشعور بالعدالة الاجتماعية التي تفرض الاعتراف لكل عامل الحق في الراحة مقابل العمل الذي بذله في فترة طويلة من حياته.

ولذلك فإن معاش الشيخوخة هنا ينطوي تحته مفهوم مرده بأنه نتيجة مقابلة للخدمات المؤداة خلال الحياة العملية عند بلوغه سن محددة تضمن له الحق في الحصول على معاش الشيخوخة، وفي هذا المفهوم يتأثر تحديد سن الإحالة على التقاعد بالاعتبارات الاقتصادية للبلاد، وبالتالي بأهمية العمل في حياة الجماعة والدور الاجتماعي للمهنة الممارسة[1].

ولذلك نلاحظ أن الدول الصناعية ذات النمو السكاني المنخفض والنسبة المرتفعة لفئة المسنين تسلك في تأمين الشيخوخة اتجاه رفع سن التقاعد في تشريع التأمينات الاجتماعية، وذلك لبقاء الأجير في عمله أكبر فترة ممكنة، شرط أن لا يتناقض ذلك مع الوضع الصحي للأجير، وأيضا تجنبا لاستيراد قوى عاملة أجنبية لسد الفجوة في محيط العمل والإنتاج في حال تحديد التقاعد في سن مبكرة (قبل بلوغ الستين عاما)، أما بالنسبة للدول ذات النمو السكاني المرتفع وما ينتج عنها من ارتفاع في نسبة الشباب؛ فإن موضوع إحلال القوة العاملة الشابة في سوق العمل يتطلب تحديد سن مبكرة، وفي كل الأحوال فإن للعامل الاقتصادي والديمغرافي لهما تأثير وانعكاس على التكاليف المالية لنظام التأمينات الاجتماعية، وهذا يوجب على المعنيين بالأمر إتباع إجراءات لمنع الانعكاسات السلبية لها[2]، ولذلك فإن تنظيم التأمينات الاجتماعية المناسب هو الذي يحقق التوازن بين مختلف مستوياته ويراعي كافة العناصر والاعتبارات ذات العلاقة بتنظيم التأمينات الاجتماعية (الهيكلة العمرية للسكان، مستوى الأجور، القدرة المالية للدولة).

وعندما نتطرق لعرض الوضعية الاقتصادية للمسنين في المجتمع الجزائري؛ فإننا نجد الدولة الجزائرية قد اهتمت وأعدت أيضا قوانين متعلقة بالحماية الاجتماعية التي شملت أيضا فئة المسنين وفقا للواقع الاقتصادي والاجتماعي الذي يميزها؛ والذي يظهر من خلال العنصر المتعلق بالتأمين على خطر الشيخوخة، وذلك حسب القانون رقم 83-12 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق بالتقاعد والمعدل والمتمم بالمرسوم التشريعي رقم 94-05 المؤرخ في 11 أفريل 1994، والأمر رقم 96-18 المؤرخ في 6 جويلية 1996، والأمر رقم 97-13 المؤرخ في 31 ماي 1997، والقانون رقم 99- 03

[1]- عامر سليمان عبد الملك، **التأمينات الاجتماعية في الدول العربية**، دار العلم للملايين ؛ بيروت، الطبعة الأولى، 1990، ص ص 186-187.
[2]- نفس المرجع ، ص ص201-202.

المؤرخ في 22 مارس 1999، حيث تنص المادة الثالثة منه على أن معاش التقاعد حقا ذات طابع مادي وشخصي يستفاد منه مدى الحياة، ويستفيد من هذا القانون الأشخاص المذكورون في المواد 4،3 و6 من القانون رقم 83- 11 المؤرخ في 2 يوليو1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، والمعدل والمتمم بالأمر 96-18 المؤرخ في 6 يوليو 1996،[1] فحسب المادة رقم 3: يستفيد من معاش التقاعد كل العمال سواء كانوا أجراء أو ملحقين بالأجراء أيا كان قطاع النشاط الذي ينتمون إليه، وأما المادة الرابعة منه تضم الأشخاص الطبيعيون غير الأجراء الذين يمارسون بالفعل لحسابهم الخاص نشاطا حرا؛ تجاريا أو صناعيا أو حرفيا أو فلاحيا، لنجد أنه حسب المادة السادسة يخضع لذلك وجوبا كل الأشخاص الذين يشتغلون في التراب الوطني أيا كانت جنسيتهم، ومهما كانت صفتهم سواء عملوا لدى فرد أو جماعة من أصحاب العمل ومهما كان مبلغ أو طبيعة أجرهم أو صلاحية عقدهم[2].

كما نجد أن هذا القانون قد حدد شروط للاستفادة من معاش التقاعد، وذلك حسب المادة السادسة من قانون التقاعد، حيث تنص هذه المادة على ضرورة توفر شرطين أساسيين وجوبا حتى يتمكن العامل من الاستفادة من معاش التقاعد وهما؛

4 -بلوغ ستين (60) سنة من العمر على الأقل، غير أنه يمكن إحالة العاملة على التقاعد بطلب منها ابتداء من الخامسة والخمسين (55) سنة كاملة.
5 -قضاء خمس عشرة (15) سنة على الأقل في العمل.
6 -كما يتعين على العامل للاستفادة من المعاش أن يكون قد قام بعمل فعلي يساوي على الأقل نصف المدة (سبع سنوات ونصف) المشار إليها أعلاه ودفع اشتراكات الضمان الاجتماعي.

ولكن فيه استثناءات حسب المادة السادسة المكررة وفق المرسوم التنفيذي المعدل بالأمر 96-18 المؤرخ في 8-7-96؛ حيث تنص على أنه يمكن منح معاش التقاعد مع التمتع الفوري قبل السن المنصوص عليها في المادة السادسة في الحالات الآتية[3]:

1 -يمنح معاش التقاعد دون شرط السن إذا كان العامل الأجير قد أتم مدة عمل فعلي نتج عنها دفع اشتراكات تعادل اثنين وثلاثين(32) سنة على الأقل، حيث تدخل في حساب هذه مدة الأيام التي تقاضى فيها العامل تعويضات يومية بعنوان التأمينات على المرض والأمومة وحوادث العمل والبطالة، وفترات العطل القانونية مدفوعة الأجر أو فترات الاستفادة من التعويض عن العطل مدفوعة الأجر، بالإضافة إلى حساب سنوات المساهمة الفعلية في الثورة التحرير الوطنية.

[1]- أحمد التيجاني بلعروسي، مرجع سابق، ص 102.
[2]- نفس المرجع، ص ص6-7.
[3]- نفس المرجع، ص ص103،104، 109.

2 -يمكن للعامل الأجير الذي قضى مدة عمل فعلي نتج عنها دفع اشتراكات تعادل عشرين سنة على الأقل أن يطلب الاستفادة من معاش التقاعد المسبق ابتداء من سن الخمسين (50) سنة.

3 -وحسب المادة 198 من القانون الأساسي العام للعامل؛ يستفيد المجاهدون كما جاء تعريفهم في التشريع من أحكام خاصة، والتي تضمنها المادة رقم 21 من قانون التقاعد أين تخفض السن المطلوبة للاستفادة من الحق في معاش التقاعد بخمس(5) سنوات.

أما فيما يخص قيمة أو مبلغ معاش التقاعد فقد تم تحديده وفق المواد 12 و13 من قانون التقاعد، حيث تنص المادة 12 منه أنه يحدد مبلغ المعاش بالنسبة لكل سنة مثبتة بنسبة 2.5% من الأجر الشهري الخاضع لاشتراك الضمان الاجتماعي والمحسوب وفقا للأحكام المنصوص عليها في المادة 13 المعدلة بالأمر 96-18 المؤرخ في 6-7-1996، والتي تنص على أن الأجر الذي يعتمد علية أساسا في حساب قيمة المعاش:[1]

-إما الأجر الشهري المتوسط والمتقاضى في السنوات الخمس (5) الأخيرة السابقة للإحالة على التقاعد.

-وإما الأجر الشهري المتوسط المقدر على أساس السنوات الخمس(5) التي تقاضى فيها المعني بالأمر الأجر الأقصى خلال حياته المهنية إذا كان ذلك أكثر نفعا له.

وحسب المادة 17 منه يساوي المبلغ الأقصى الخام لمعاش التقاعد 80% من الأجر الخاضع لاشتراك الضمان الاجتماعي(2.5%× 32 سنة من الاشتراك)، وهذا مع مراعاة ما جاء في المادة 24 من هذا القانون التي تنص على رفع النسبة القصوى المنصوص عليها في المادة السابقة إلى 100% لفائدة المجاهدين[2].

ويتم إعادة تقويم هذه الأجور سنويا تطبيقا لما جاء في المادة 43 من هذا القانون، التي تنص على أن قيمة معاشات التقاعد ومنحه ترفع في أول ماي من كل سنة بقرار من الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي بناء على اقتراح من مجلس إدارة هيئة التقاعد، حيث يحدد هذا القرار معامل التحيين المطبق على الأجور المعتمدة في حساب المعاشات الجديدة، وأيضا معامل رفع قيمة المعاشات والمنح المصفاة[3]، وهذا لتتناسب مع غلاء المعيشة والمحافظة على قدرتها الشرائية.

ورغم هذا الاهتمام بالمسنين والإجراءات المتبعة لتوفير الحماية الاقتصادية لهم في المجتمع الجزائري، إلا أننا نجد أن هذا لم يكفي لتحسين أوضاعهم، ويعود السبب في ذلك إلى عاملين؛ فالأول متمثل في نسبة التغطية التي يكفلها الضمان الاجتماعي

[1]- نفس المرجع، ص 107.
[2]- نفس المرجع، ص ص108-109.
[3]- نفس المرجع، ص113.

بصفة عامة ونظام التقاعد بصفة خاصة، والثاني يتمثل في عجز صندوق التقاعد على تغطية نفقات المستفيدين من معاشات التقاعد، نظرا للاختلال الذي عرفة في الميزانية في السنوات التسعينات بسبب الوضع الاقتصادي الذي عاشته الجزائر في تلك الفترة واستمرت آثاره إلى اليوم.

➢ نسبة تغطية الضمان الاجتماعي للعمال وآثارها على وضعية المسنين:

إن نسبة التغطية الضعيفة التي يعرفها صندوق الضمان الاجتماعي، حسب ما يشير إليه تقرير البنك العالمي أن الجزائر تأتي في مؤخرة الترتيب من حيث نسبة التغطية؛ خاصة أن نسبة 60% من العمال غير مؤمنين ولا يغطيهم الضمان الاجتماعي،[1] والذي انعكس بدوره على نسبة الأشخاص المسنين الذين يستفيدون من نظام التقاعد، حيث أنه رغم تلك القوانين التي تضمن ذلك وسهولة الإجراءات للقيام بذلك إلا أننا نجد أن نسبة معتبرة من هذه الفئة لا تستفيد من هذا الحق الذي ضمنه لهم القانون، وهذا ما تبينه نتائج تعداد سنة 1998؛ حيث أحصي نسبة 29.5% فقط من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يستفيدون من معاش التقاعد، لتبقى نسبة 70.5% منهم لا يستفيدون منها؛ أي أكثر من مليون مسن[2]، والسبب يعود في ذلك إلى عدم الاستفادة من التأمين في فترة العمل، والناتجة إما عن تهرب أصحاب العمل من تأمين عمالهم، أو كانوا يمتهنون المهن الحرة (التجارة)، أو يشتغلون في قطاع الفلاحة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى التركيبة النوعية لهؤلاء المسنين؛ حيث نجد أن نسبة 50% من هؤلاء هن نساء، وكما نعلم أن نسبة مشاركة المرأة الجزائرية في النشاط الاقتصادي تبقى ضئيلة وتحكمها بعض الخصوصيات، فنادرا ما تكمل المرأة حياتها المهنية حتى السن القانونية للتقاعد، ويبقى عملها يتميز بالظرفية (بسبب الزواج أو تربية الأبناء)، حيث تبين نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة أنه من بين 45.35% الذين لم يسبق لهم وأن عملوا قدرت نسبة النساء بـ 86% من مجموع المسنين، وهذا بالضرورة له انعكاس على الوضعية الاقتصادية لها عند بلوغها مرحلة الشيخوخة، خاصة إذا ترملت ولم تستفد من المعاشات المنقولة من الزوج التي يكفلها القانون، حيث نجد من 524000 مستفيد من المعاش المنقول عن الزوج وذوي الحقوق هناك فئة قليلة من الزوجات تتجاوز أعمارهن 60 سنة، وهذا الوضع يبرز لنا واقع آخر أكثر تأزما وتباينا، فإذا كان المسنون في هذه المرحلة معرضون لتراجع وفقدان المداخيل، فإن الفئة الأكثر تضررا هن النساء المسنات.

وما يزيد من تدهور وضعية هذه الفئة التي لا يمسهم نظام التقاعد(سواء رجال أو نساء) أيضا تلك النسبة الضعيفة منهم التي تستفيد من المنح التضامنية التي

[1]- Azzedeine BELKACEM-NACER, considérations assurantielles et logique actuarielle du régime de retraite en Algérie, in ; **revue d'économie et statistique appliquées**, n°8, INPS, 2007, p29.

[2] - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص34.

تخصصها الدولة في إطار سياسة التضامن التي تنتهجها الدولة لمساعدة الأشخاص المحتاجين والتي من شروط الاستفادة منها هو عدم امتلاك الشخص إلى أي دخل، وبالرغم من أن المسنون يمثلون نسبة 76.4% من مجموع المستفيدين من المنحة الجزافية للتضامن، إلا أنه حسب وكالة التنمية الاجتماعية أن الربع فقط من المسنين الذين ليس لهم معاش التقاعد يحصلون على المنحة التضامن الجزافية[1]، هذا من جهة ومن جهة ثانية تلك القيمة الرمزية للمبلغ الذي يدفع للمسن والذي لم يساير تلك التغيرات في الظروف المعيشية، حيث أنه بعدما كانت تقدر قيمتها 300 د.ج إلى غاية سنة 2000 فقد تم رفع قيمتها بدء من سنة 2001 إلى قيمة 1000 د.ج في الشهر فقط (أي 12000 دينا جزائري سنويا) ، والتي أضيف لها قيمة 300 د.ج تحت ما يسمى المساعدة الاجتماعية في مقر السكن ليصل المبلغ الإجمالي لتلك المساعدة بـ 13000 د.ج شهريا[2]، والتي أصبحت في السنوات الأخيرة تقدر بـ 3000 د.ج وحسب التعديلات الجديدة لقانون المتعلق بحماية المسنين تسعي الجهات المعنية إلى رفعها إلى قيمة 10000 د.ج.

وبصفة عامة تبقى هذه الفئة من المسنين من الجنسين تعرف تدنيا وتراجعا في المستوى المعيشي بسبب عدم امتلاكها لدخل أو لقيمته الضعيفة إن وجد والتي لا تلبي حتى الحاجيات الغذائية للمسن، والتي تجعلهم أكثر اعتمادا على أفراد أسرهم، وهذا ما تبينه نتائج مسح 2002، حيث صرح 27% من المسنين أنهم يعتمدون في معيشتهم على تلك المساعدات التي يقدمها لهم الأبناء وتكثر هذه الحالة عند النساء، أو أنهم يلجئون إلى الاستمرار في العمل لتحسين الوضعية التي يعيشونها، حيث قدرت نسبة المسنين الذين استمروا في العمل في هذه المرحلة من العمر بـ 7.88% من مجموع المسنين[3].

وإذا كانت هذه هي الوضعية الاقتصادية والمعيشية التي تميز غالبية المسنين (70%)، فإن الفئة القليلة (30%) المتبقية منهم المتمثلة في فئة المتقاعدين؛ ليست أوفر حظا وأحسن منهم بالرغم من امتلاكهم لدخل شهري ثابت، فأغلب هذه المداخيل أو المعاشات أيضا قد عرفت ضعفا في قيمتها ولم تساير الغلاء المعيشي الذي عرفته الجزائر في السنوات الأخيرة، وكان ذلك راجع إلى الأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر في نهاية الثمانينات، والتي كان لها آثار على التوازن المالي لكل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد.

1- نفس المرجع، ص35.
2 - نفس المرجع، ص37.
3 - وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، مرجع سابق، ص177-183.

➢ تطور الوضعية المالية لصندوق التقاعد وآثارها على وضعية المتقاعدين:

فمن خلال القاعدة المعمول بها في نظام التقاعد القائم على أساس التضامن المهني بين الأجيال؛ حيث يؤخذ من أجر مجموعة سكانية نشطة نصيب معين لتمويل راتب التقاعد خلال كل شهر ثم يوزع مباشرة على المتقاعدين، فقد عجز صندوق التقاعد عن تغطية النفقات المتعلقة بمعاشات التقاعد، وهذا العجز في الميزانية ظهر مع نهاية الثمانينات، بسبب الظروف الاقتصادية التي مرت بها البلاد، والتي أثرت على جانبين لهذا الصندوق؛ الجانب الأول المتمثل في انخفاض عدد المشتركين من العمال في صندوق الضمان الاجتماعي، والجانب الثاني في ارتفاع عدد المستفيدين من معاشات التقاعد، الأمر الذي أدى إلى أزمة مالية ناتجة عن انخفاض الإرادات وتزايد قيمة النفقات.

1. تطور عدد الاشتراكات في صندوق الضمان الاجتماعي وأثارها على قيمة الإرادات:

وبما أن تمويل نفقات معاشات التقاعد مصدرها تلك الاشتراكات التي يدفعها العمال المنخرطون في صندوق الضمان الاجتماعي وفقا لما تنص عليه المادة 43 من قانون التقاعد[1]، فإن نظام التقاعد نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي عرفتها الجزائر في العشرين سنة الأخيرة، التي بدأت مع أزمة انهيار أسعار البترول في نهاية الثمانينات واستمرت في سنوات التسعينات نتيجة تطبيق برامج إعادة الهيكلة وخوصصة المؤسسات العمومية، قد عرف تراجعا في قيمة الإرادات التي يحصل عليها بسبب انخفاض عدد المشتركين والذي كان سببه تسريح العمال وما انجر عنه من ارتفاع نسب البطالة والتي وصلت نسبتها في منتصف التسعينات إلى 30% وبقيت في نفس الحدود إلى غاية 2000 بنسبة 29%[2]، حيث انتقل عدد مناصب الشغل من 3609000 منصب سنة 1990 إلى 3487000 منصب سنة 1996 أي بانخفاض قدر بـ 4%[3]، حيث أن هذا الأمر أثر على عدد المشتغلين المشتركين حيث انخفض عددهم بنسبة 10% في أقل من عشر سنوات ليقدر عددهم سنة 1999 بـ 3 ملايين مشترك[4]، وبالتالي فقد سجل الصندوق الوطني للمعاشات في نفس السنة عجزا قدر بـ 5 ملايير دينار، خاصة وأن عدد المستفيدين من معاشات التقاعد في نفس السنة عرف ارتفاعا قدر بـ 1.159.000 مستفيد من خلال تضاعفه ثلاث مرات منذ سنة 1986، وكان السبب في هذا الارتفاع هو عدد المستفيدين من معاش التقاعد وفق الصيغ الجديدة المطبقة في إطار مكافحة البطالة من خلال تعديل قانون التقاعد، المتمثلة في التقاعد المسبق والتقاعد دون شرط السن، وأيضا التقاعد النسبي*، حيث

---

[1]- نفس المرجع، ص113.

[2]- Consiel national économique et social, **rapport sur la conjoncture économique et sociale de première semestre 2003**, 23 eme session plénière, décombre 2003, p37.

[3] - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **الطرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني من سنة 1999**، الدورة 15، ماي 2000، ص115.

[4]- المجلس الاقتصادي الاجتماعي ، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص34

* لتفاصيل أكثر حول هذا التعديل أنظر إلى الصفحة رقم 116 من هذا الفصل.

قدر عددهم نهاية سنة 1999 على التوالي: 28313 و37503 و42858؛ أي ما يمثل في المجموع 107674 متقاعد جديد[1]، أي بنسبة قدرت بـ 16.4% من أصل 1.16 مليون مستفيد من معاش التقاعد، في حين قدر عدد المستفيدين من المنحة مباشرة بـ 657047 مسن[2].

وبعد ذلك الانخفاض الذي عرفه عدد المؤمنين واستمر حتى نهاية التسعينات، فإنه منذ سنة 2000 بدأ عدد المشتركين في الضمان الاجتماعي يعرف ارتفاعا؛ حيث انتقل من 4.873.699 مشترك سنة 2001 إلى 7.800.320 مشترك سنة 2008، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم(12): تطور عدد المؤمنين حسب الصندوق الوطني للقاعد من 2001 إلى 2008

السنوات	2001	2003	2004	2005	2007	2008
عدد المؤمنين	4783699	5751689	6369266	6791761	7337372	7800320
عدد المتقاعدين	1341161	1512661	1605527	1688055	1858902	1948138

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، رقم 39، نتائج سنة 2008، نشرة 2009، الجزائر، 2009، ص17.

ورغم هذا الارتفاع الذي عرفه عدد المؤمنين في السنوات الأخيرة كما هو ملاحظ في الجدول؛ إلا أن الصندوق الوطني للمعاشات مازال يعرف عجزا، لأن السبب الذي أوصله إلى هذا الوضع لم يكن متعلقا فقط بانخفاض عدد المشتركين، بل كان له علاقة أيضا في القابل بالارتفاع الذي عرفه عدد المستفيدين من معاشات التقاعد في نفس الفترة، أي أن العلاقة التي يقوم عليها نظام التقاعد(مشترك/ متقاعد) عرفت هي الأخرى تراجعا فبعدما كان يقدر معدل التكفل الذي يضمنه عدد من المنخرطين في الضمان الاجتماعي من 18 مشترك يكفلون دفع معاش متقاعد واحد سنة 1979[3] انخفض إلى 8 مشتركين لكل متقاعد سنة 1986 واستمر في الانخفاض حيث بلغ سنة 1999 إلى حدود ثلاث (3) مشتركين يدفعون لمتقاعد واحد[4]. ويرى المختصون لعودة التوازن المالي لهذا الصندوق يجب أن يضمن 5 مشتركين على الأقل دفع معاش متقاعد واحد.[5]

2. تطور عدد المستفيدين من المعاش وآثارها على قيمة نفقات صندوق التقاعد الوطني

فإذا كان من بين أسباب اختلال التوازن المالي الذي عرفه صندوق التقاعد في العشرين سنة الأخيرة؛ تراجع قيمة الإرادات لهذا الصندوق نتيجة انخفاض قيمة الاشتراكات، فإنه ما جعل الوضع يتدهور أكثر هو الارتفاع الكبير وفي وقت قصير

[1]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الطرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني من سنة 1999، مرجع سابق، ص115
[2]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص34.
[3]- Abd Elmalek BOUSSAID, la question du financement du système algérienne de retraite, élément pour un débat, in: **revue d'économie et statistique appliquées**, n°8, INPS, Alger, 2007, p33.
[4]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الطرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني من سنة 1999، مرجع سابق، ص115.
[5]- Azzedeine BELKACEM-NACER, opcit, p29.

لعدد المستفيدين من معاش التقاعد حيث نجد في سنة 1999 قد ارتفع العدد الإجمالي للمستفيدين من هذه المنح بنسبة 124.7% مقارنة بالسنة التي سبقتها، وكان السبب الرئيسي في هذه الزيادة تلك الإجراءات والتعديلات التي طبقت من أجل الحد من النتائج السلبية لتطبيق برنامج إعادة الهيكلة (تسريح العمال وما انجر عنه من ارتفاع في نسبة البطالة كما ذكرنا سابقا) وذلك من خلال تطبيق المنشور رقم 97-13 الصادر بتاريخ 31 ماي 1997 الذي يسمح بالتقاعد دون شرط السن بالدرجة الأولى، وكذلك التعديلات التي تمنح حق التقاعد المسبق والتقاعد النسبي بالدرجة الثانية، وهذه الإجراءات انعكست سلبا على سير هذا الصندوق، فقيمة النفقات التي خصصت للتكفل بهذه الفئة من المستفيدين من هذه المنحة أثقلت كاهل هذا الصندوق الذي بات يعرف عجزا في ميزانيته التي لم تعد قادرة على تغطية هذا الحجم من النفقات، والتي بات يبحث عن حلول لذلك، وما يدعم هذه الحقيقة القرار الذي اتخذ بعد انعقاد الاجتماع الثالث للثلاثية نهاية سنة 2009، الذي تم دراسة 6 نقاط أساسية فيه، والتي كان من بينها الاتفاق على إلغاء الإحالة على المعاش بدون شرط السن[1]، أي أن هذه الأزمة المالية لم يكن سببها الارتفاع الطفيف لنسبة المسنين في السنوات الأخيرة كما حدث في بعض البلدان المتقدمة التي تعرف نسب مرتفعة من المسنين.

كما أن عدد هؤلاء المستفيدين قد واصل في الارتفاع فبعدما كانت نسبتهم تقدر بـ 16.4% من المستفيدين سنة 1999 (37503 تقاعد دون شرط السن، و42858: تقاعد نسبي، و28313: تقاعد مسبق)، فقد تطور عددهم سنة 2005 إلى 103741 و182531 و5368 على التوالي؛ أي ارتفاع عدد المستفيدين من هذه الفئات باستثناء فئة الأشخاص الذين استفادوا من التقاعد المسبق فقد عرف انخفاضا ملحوظا، وهذا مقابل 578080 مستفيد من التقاعد العادي[2]، وهذا طبعا في ظل استمرار ارتفاع العدد الإجمالي لهؤلاء المستفيدين؛ حيث انتقل عددهم من 1.341.161 متقاعد سنة 2001 إلى 1.948.138 متقاعد سنة 2008، كما هو موضح في الجدول رقم 12.[3]

وبطبيعة الحال فإن الارتفاع الذي عرفه عدد المستفيدين من معاشات التقاعد قد رافقه أيضا الارتفاع في قيمة النفقات المخصصة لذلك، ففي سنة 2003 فبعد الارتفاع الذي عرفه عدد المستفيدين من التقاعد والذي قدر بـ 1.453.774 بمعدل نمو قدر بـ 5.6% مقارنة بسنة 2002، فقد رافقها أيضا ارتفاع في النفقات بقيمة 5.15 مليار دينار جزائري في نفس الفترة، ولذلك فإنه رغم ارتفاع قيمة الاشتراكات التي قدرت بـ 45.19 مليار د.ج فإنها لم تغطي قيمة تلك النفقات التي بلغت 69.05 مليار دينار جزائري، ونظرا لهذا الوضع فكثيرا ما كانت تتدخل الدول من خلال تخصيص ميزانية لتغطية هذا العجز المالي لهذا الصندوق، فبعدما خصصت ميزانية قدرت بـ

[1]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **آفاق الظرف الاقتصادي والاجتناعي لسنة 2009(ملخص)**، الجزائر، 2009، ص27.
[2]- Azzedeine BELKACEM-NACER, opcit, p24.
[3]- الديوان الوطني للإحصائيات، **الجزائر بالأرقام**، رقم 39، نتائج سنة 2008، نشرة 2009، الجزائر، 2009، ص17

6 ملايير لتغطية عجزه سنة 1998[1]، فقد ارتفعت قيمة هذه الميزانية إلى 53 مليار د.ج سنة 2002[2]، كما أن استمرار هذا العجز في كثير من الأحيان راجع إلى التطور المتقارب بين قيمة الإرادات وقيمة النفقات لهذا الصندوق كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم(13): تطور التوازن المالي للصندوق الوطني للتقاعد (الوحدة: مليون د.ج)

السنوات	2002	2004	2006	2008
الإرادات	141300	183460	2042150	284400
النفقات	143070	172300	212870	278260
الرصيد	−1770	+11160	−8720	+6140

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، **الجزائر بالأرقام**؛ رقم 39، نشرة نتائج سنة 2008، الجزائر، 2009. ص16.

وهذه الأزمة المالية التي عرفها صندوق التقاعد في سنوات التسعينات، واستمرت آثارها إلى اليوم لم تقتصر فقط على عدم قدرته على تسديد معاشات المستفيدين منها، بل تعداه إلى عدم قدرته على رفع قيمة المعاشات لكل متقاعد وفق ما ينص عليه القانون، قصد الرفع من قدرته الشرائية لمسايرة غلاء المعيشة، والتي في بعض الأحيان تكون قيمته أقل من قيمة الأجر القاعدي الوطني المضمون.

وما يمكن قوله كخلاصة لهذا العنصر أن المسنين في الجزائر تبقى غالبيتهم تعاني من فقدان الدخل في هذه المرحلة من العمر، وإن وجد تبقى قيمته لا تتماشى مع الظروف الاقتصادية التي تعيشها البلاد، وهذا بالرغم من تلك الاهتمامات التي أولتها الدولة لهذه الفئة من العمر (سواء من خلال قانون التقاعد، أو من خلال المساعدات المالية في إطار السياسة التضامنية) وهذا الواقع الاقتصادي الذي يعيشه المسنون يبرز لنا من جهة عدم كفاية هذه الإجراءات المتخذة من أجل ضمان حياة أفضل لهذه الفئة، وأنه أصبح من الضروري التفكير في تطوير هذه الأنظمة لتكون أكثر نجاعة ومسايرة للتطورات التي تحدث في المجتمع الجزائري من جميع الأصعدة.

2 3 الوضعية الاجتماعية للمسنين في المجتمع الجزائري:

إن الوضعية الاجتماعية للمسنين تتحدد بمجموعة من الخصائص منها الصحية و الاقتصادية، وأيضا الخصائص الاجتماعية والديمغرافية المتعلقة بهم، وإذا كان للوضع الصحي للمسنين الذي يتميز بتعرض أغلبهم للأمراض خاصة المزمنة والتي تحتاج إلى رعاية صحية مستمرة، وما يقابلها أيضا من وضعية اقتصادية متدهورة نتيجة افتقار أغلب المسنين لدخل شهري والتأمين الصحي الذي يضمن لهم توفير

[1]- جويدة عميرة، بوادر التشيخ في المجتمع الجزائري والمشاكل المترتبة عنه، مرجع سابق، ص449.
[2]- Azzedine BELKACEM-NACER, opcit, p13.

نفقات العلاج اللازم، قد لعبت دور في تحديد تلك الوضعية الاجتماعية التي يعيشها المسن في المجتمع الجزائري؛ التي تتميز بتبعيتهم واعتمادهم أكثر على الآخرين، أي أن العجز المادي وما يقابله من انتشار الأمراض في أوساطهم جعلتهم في خانة المعالين، معتمدين بذلك على التكافل الاجتماعي ومساعدات أفراد أسرته بشكل خاص، وعلى مساعدات الحكومة وغيرها بشكل عام لتغطية متطلباته المعيشية.

فإن للخصائص الاجتماعية والديمعرافية للمسن (خاصة الحالة الزواجية لهم) أيضا دور في رسم هذا الواقع الاجتماعي، نظرا لما تلعبه هذه الخصائص من تحديد درجة الوحدة التي يعيشها المسنين(عيشهم بمفردهم) وأيضا نوع العلاقات الاجتماعية التي تجمعهم مع باقي الأفراد الذين يعيشن معهم، حيث تبين نتائج المسح الوطني أن نسبة 72% من المسنين هم متزوجين، و26% أرامل، حيث يتضح أن هناك تباينات ملموسة بين الجنسين، فإذا كان الزواج سائدا عند الرجال بنسبة 93% مقابل 50.05% فقط عند النساء، فإن الترمل عند النساء يفوق سبعة أضعاف ما هو عند الرجال(46% من النساء مقابل 6% فقط عند الرجال.) ويعود السبب في ذلك أساسا إلى ارتفاع أمل الحياة عند النساء مقارنة بالذكور، علاوة على ظاهرة إعادة الزواج التي هي أكثر عند الرجال[1]، وهذا ما تؤكده نتائج التعداد الأخير(2008) التي تبين أن النساء أكثر ترملا من الرجال، وتزيد هذه النسبة مع التقدم في العمر، حيث نجدها تقدر عند النساء في الفئة العمرية 60-64 سنة بـ 24.8%، وترتفع إلى 84.5% في الفئة العمرية 80 سنة فأكثر وهذا مقابل نسبة 19% فقط من الرجال الأرامل في نفس الفئة.

وبالتالي نجد أن هذه الفئة من المسنين في المجتمع الجزائري مازالت تعيش في وسط أسري، حيث قدرت نسبة من يقيمون مع أحد أفراد أسرهم بـ 98.16%، لكن مع اختلاف في صلة القرابة التي تربطهم بهؤلاء الأفراد ذلك حسب الحالة الزواجية لهؤلاء المسنين، حيث نجد أن الذين يعيشون مع أحد الأبناء بنسبة 86.8% هم من فئة المتزوجين، وتتراجع هذه النسبة إلى 65.5% عند المطلقين[2]، في حين نجد أنه من أصل 33.8% من المسنين الذين يلجئون إلى العيش مع زوجة الابن أو زوج البنت هم المسنون الأرامل بنسبة 50%، وبنسبة 33% من المطلقين، كما أنه أيضا من أصل 35% من المسنين الذين يعيشون مع أحد الأحفاد، هناك 54% من الأرامل، خاصة وأن هذه الوضعية تكثر عند النساء بنسبة 43%[3].

وبالمقابل فإننا نجد نسبة 1.8% من الأشخاص المسنون يعيشون بمفردهم وتكثر هذه الحالة عند النساء بنسبة 3%، وبالرغم من أنها ضعيفة فإن الملفت فيها هو أن

1- وزارة الصحة والسكان، المسح الوطني حول صحة الأسرة-2002، مرجع سابق، ص171.
2 - نفس المرجع، ص ص174-176.
3 - نفس المرجع، ص ص174-176.

هؤلاء أكثرهم من المطلقين بنسبة 16.5%، وعند العازبين بنسبة 10%[1]، أي أن هذه الفئة من المسنين عندما لا يجدون من يستقبلهم من أبنائهم أو أحفادهم بالنسبة للمطلقين أو من طرف أحد الأقارب بالنسبة للعازبين فإنهم يضطرون إلى العيش بمفردهم معرضين بذلك إلى العزلة والوحدة، التي تكون لها نتائج سلبية إذا كانوا غير قادرين عن خدمة أنفسهم بسبب العجز والمرض، وما يقابلها أيضا من عدم امتلاكهم لدخل شهري يعتمدون عليه لتوفير متطلبات العيش.

وعلى العموم نلاحظ أن المسن في الأسرة الجزائرية إذا كان في كثير من الأحيان يحافظ على مكانته الاجتماعية ببقاء شريك حياته على قيد الحياة، وامتلاكه لمسكن؛ الذي يضمن له الاستقرار وعدم التنقل للعيش مع أحد الأبناء أو أحد الأقارب، ويضمن له توفير الرعاية، فإننا نجد العكس يحدث بالنسبة للمسنين الذين تعرضوا للترمل والطلاق فإنهم يضطرون إلى العيش بمفردهم أو التنقل والعيش مع أحد الأبناء أو الأحفاد بعد أن كانوا قد تعودوا على نمط معين في العيش، وما قد يصادفهم من صعوبة التأقلم مع الوضع الجديد، ليصبحوا أيضا يشكلون عبئا على الأسرة المستقبلة، خاصة إذا كانوا لا يملكون أي دخل أو سكن، وبالتالي يصبحون عرضة للإزعاج والمضايقة أو العزلة أو حتى الطرد إلى مراكز الشيخوخة أو الشارع[2].

خاصة ما نلاحظه من مظاهر الإهمال التي بدأت تعرف طريقها للمجتمع الجزائري؛ التي نجد من بينها[3]:

- الطرد أو الطرد الذاتي من البيت العائلي: ليصيح عرضة للتشرد والتسول إن لم يجد مكانا يلجأ إليه، ويصيح الوضع أكثر خطورة إذا تعلق الأمر بالنساء المسنات.
- إهمال الأسرة للمسن في مركز العجزة ورفض التكفل به.
- الإهمال في المستشفيات: فيما يخص المسنين الذين يعانون بالأمراض، خاصة وأن هذه المستشفيات لا تتوفر على مصلحة متخصصة في أمراض الشيخوخة، وبالتالي فإنه مقابل الإهمال من طرف العائلة، نجد أن الرعاية الصحية المقدمة له غير متخصصة، بل يقدمها أطباء عامين.

وإن كنا في العنصرين السابقين قد تعرضنا إلى مختلف الإجراءات التي اتخذتها الدولة لضمان حقوقهم وتوفير الحماية والرعاية لهم من هذين الجانبين، فإنها أيضا لم تغفل الجانب الاجتماعي لهم من خلال تلك القوانين التي تضمن لهم حقوقهم الاجتماعية، سواء داخل أسرهم، أو تضمن الحماية للمسنين الذين ليس لديهم عائلة

[1] نفس المرجع، ص176.
[2]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص40.
[3] - نفس المرجع، ص40.

أو أقارب يهتمون بهم، ويتجسد ذلك من خلال أهم إجراءين لحماية هذه الفئة من العمر:

فالإجراء الأول تضمن حسب المرسوم رقم 80- 82 المؤرخ في 15 مارس 1980 إحداث أو إنشاء دور المسنين والمعوقين وتنظيمها وسيرها، وذلك حسب المادة رقم(1) التي تنص على أنه:" تحدث دور المسنين أو المعوقين، وتخصص لقبول الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة ولا معيل لهم ولا موارد، وكذلك المعوقين وذوي العاهات الحركية الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما؛ ولا معيل لهم ولا مورد والمعترف بعدم قدرتهم على العمل وعدم قابليتهم لإعادة التربية المهنية."[1]

وبعد هذا القرار بإنشاء هذه المراكز المتخصصة بستة سنوات قامت الوزارة المكلفة بالشؤون الاجتماعية بإجراء تحقيق حول الأشخاص المسنين المقيمين في هذه المراكز بين سنتي 1986 و1987، وكان من بين نتائجه المتعلقة بالخصائص الديمغرافية ما يلي:[2]

- أن أغلب المقيمين في هذه المراكز هم رجال و40% منهم يعانون من إعاقة.
- وأن نسبة 40% منهم غير متزوجين، وترتفع هذه النسبة إلى50% عند الرجال.

وأما الخصائص المتعلقة بنمط المعيشة قبل دخولهم إلى هذه المراكز كانت كالتالي:

- نسبة 33% منهم كانوا يعيشون بمفردهم، ونسبة 14% كانوا يعيشون في إحدى المؤسسات الاجتماعية أو الصحية، و20% كانوا يعيشون في وسط عائلي.
- 8% من هؤلاء انفصلوا عن أسرهم بعد سن الخمسين، وفي أغلب الأحيان قبل الالتحاق بهذه المراكز.
- 50% من هؤلاء المسنين انقطعت صلتهم بأسرهم، وإن وجدت فهي من الدرجة الثانية.

أما فيما يخص عدد المراكز وعدد الأشخاص الذين يقيمون فيها فقد قدرت سنة 2000 بـ 20 مركز موزعين على 15 ولاية وتقدر طاقة استيعابهم الإجمالية بـ 2200 مقيم، حيث تتراوح طاقة الاستيعاب حسب المركز ما بين 50 و250 مقيم، أما العدد الفعلي للمقيمين في هذه المراكز قدر بـ 2000 شخص مسن ومعاق[3].

---

[1]- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980**، نشر في تاريخ: الثلاثاء 1 جمادي الأولى 1400هـ. ص 454.

[2]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص43.

[3] - نفس المرجع، ص40.

ومن الملاحظ هنا أنه بالرغم من أن القانون قد حدد بدقة الشروط التي يجب أن تتوفر في الشخص المسن أو المعوق حتى يتم استقباله في هذه المراكز، إلا أننا نلاحظ أن هناك فئة من المسنين قبل التحاقهم بهذه المراكز كانوا يعيشون في وسط عائلي، وهذا يبين أن هناك نوع من التخلي من طرف الأسر لأفرادها المسنين، وهذا يتوجب بالضرورة أيضا توفير الحماية القانونية لهذه الفئة وضمان سلامتها حتى داخل أسرهم، وهذا ما نلاحظه من خلال الإجراء القانوني الثاني.

حيث تضمن هذا الإجراء حسب المادة: 267 من قانون العقوبات تحديد الإجراءات الردعية التي تطبق على الأبناء في حال إساءتهم معاملة الوالدين المسنين، هذه المادة التي تنص على أنه:"كل من أحدث عمدا جرحا أو ضربا بوالديه الشرعيين أو غيرهما من أصوله الشرعيين يعاقب كما يلي:

- السجن المؤقت من خمس إلى عشر سنوات إذا لم ينشأ عن الجرح أو الضرب أي مرض أو عجز كلي عن العمل الوارد في المادة 264.

- بالحد الأقصى للسجن المؤقت من خمس إلى عشر سنوات إذا حدث عجز كلي يزيد عن 10 أيام

- بالسجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة إذا نشأ عن الجرح أو الضرب فقد أو بتر أحد الأعضاء أو الحرمان من استعماله أو فقد البصر أو فقد إبصار أحد العينيين أو أي عاهة أخرى مستديمة.

- الحد الأقصى السجن المؤبد إذا أدى الجرح أو الضرب المرتكب عمدا إلى الوفاة دون قصد إحداثها.

وبالرغم من هذه الإجراءات الموجودة لحماية المسن من جميع المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها سواء داخل الأسرة أو المجتمع بصفة عامة، إلا أنه كثر في السنوات الأخيرة الحديث عن ضرورة وضع قانون خاص بحماية المسنين يتماشى والأوضاع الراهنة التي يعيشها المجتمع الجزائري من الجانب الاقتصادي والاجتماعي وحتى الديمغرافي(تزايد نسبة المسنين)، والذي تم المصادقة عليه في تاريخ 12 أكتوبر 2010 من طرف نواب المجلس الوطني، والتي أدرجت نصوصه التطبيقية مع قانون المالية لسنة 2011، حيث شملت نصوصه القانونية مختلف الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تمس المسنين، نجد منها مواد اهتمت بالجانب الاقتصادي خاصة للمسنين الذين ليس لهم مورد مالي، حيث تم رفع منحة المساعدة التي تقدم لهم إلى قيمة 10.000 د.ج، وهذا وفق المادة 23 من هذا القانون التي تنص على أنه:" من حق كل شخص مسن في وضع صعب أو بدون روابط أسرية وذي موارد غير كافية أن يستفيد من منحة مالية أو إعانة اجتماعية لا تقل قيمتها عن ثلثي قيمة الأجر الوطني الأدنى المضمون(أي 10.000 د.ج)،

وحسب المادة 36 من هذا القانون هو استحداث "بطاقة مسن" يستفيد منها المسنون، أم المواد ذات الطابع الاجتماعي فقد تجسدت في المادة 32 منه التي تتضمن العقوبات التي تطبق على الأبناء في حال إساءتهم معاملة الأشخاص المسنين والتي تنص على معاقبة كل شخص يخالف أحكام المادتين 7و29 من خلال تعرض الأبناء الذين يرمون بآبائهم في دور العجزة ويتخلون عنهم." إلى عقوبة الحبس من ستة إلى 18 شهرا وغرامة مالية من 20 ألف إلى 200 ألف دينار جزائري، ويعاقب كل من ترك مسنا أو عرضه للخطر بنفس العقوبات التي تنص عليها المادتين314 و316 من قانون العقوبات، وهي السجن من سنة إلى ثلاث سنوات ومدة أقصاها من عشر إلى عشرين سنة إذا تسبب هذا الترك والإهمال في وفاة المسن[1]، وغيرها من الإجراءات التي تمنح المسن أولويات لم تكن موجودة من قبل، كاستفادتهم من الحماية الطبية والسيكولوجية والاجتماعية، وتخصيص منحة للفروع المتكفلين بالأشخاص المسنين.

وما يمكن قوله حول هذا القانون أنه يسعى إلى ترقية وتوفير الحماية لفئة المسنين الذي يقدر عددهم بـ 7.6% من مجموع السكان من جميع جوانبها، وهذا في ظل إعطاء أهمية لدور الأسرة في الرعاية والاهتمام بهذه الفئة من العمر، من خلال تلك الإجراءات الردعية التي تحث الأبناء على ضرورة التكفل والجيد والمعاملة الحسنة لآبائهم المسنين.

خلاصة القول أن فئة المسنين في الجزائر قد حظيت بالاهتمام من طرف الدولة من جميع جوانب الحياة، حتى يجتاز هذه المرحلة من العمر بشكل أفضل، والتي ترجمت الكثير منها بتلك القوانين التي سعت إلى توفير الرعاية الصحية والحماية الاقتصادية والاجتماعية والقانونية، من خلال تلك التدخلات والمساعدات المالية لهم وللأفراد الذين يقومون بذلك، وهذا دون أن تنسى أهمية الأسرة والدور الذي تلعبه في رعاية هذه الفئة، من خلال ذلك التشجيع والدعم المادي الذي تقدمه لها، وفي بعض الأحيان من خلال تلك القوانين الردعية لمحاربة ظاهرة تخلي إهمال الأسر لأفرادها المسنين.

ولهذا فإننا في الفصل الأتي سوف نحاول عرض أهمية الأسرة في حياة الفرد والحماية التي تقدمها له من جهة، ومن جهة أخرى عرض بعض التغيرات التي حدث للأسرة الجزائرية، والعوامل التي باتت تحدد نوع الرعاية التي تمنحها لأفرادها بصفة عامة.

1-http://www.anasronline.com/index.php/12-10-2010: منحة خاصة للمسنين بـ10 آلاف د.ج والإبقاء على عقاب الأبناء

الفصل الخامس

أولا: الأسرة: أنماطها ووظائفها

عندما نتكلم عن دور الأسرة في رعاية أفرادها المسنين من جميع النواحي، وخاصة الناحية الصحية؛ يكون هذا من منطلق أنه كان ومازال للأسرة أدوار مهمة تلعبها سواء اتجاه أفرادها أو اتجاه المجتمع بصفة عامة، خاصة وأنها تعتبر الخلية الأساسية والطبيعية للمجتمع، ووجودها ترتبط به مجموعة من الأدوار والمكانات المكتسبة عن طريق الزواج والإنجاب[1]، كما أنها تتميز بطابع ثقافي مميز يختلف من مجتمع لآخر، والذي يعمل على طبع وتلقين الفرد منذ صغره السلوك الاجتماعي المقبول في المجتمع، وكذلك تعليمه طبيعة التفاعل مع الأفراد والعادات والتقاليد وبقية النظم السائدة في المجتمع[2]، والتي تعمل أيضا على توفير الحماية والرعاية لأفرادها سواء من الناحية الاقتصادية أو الصحية أو الاجتماعية، من خلال تلك الوظائف التي تختص بها.

وبما أنها أيضا تعتبر أقدم المؤسسات الاجتماعية التي لها علاقة تطور جدلية بينها وبين المجتمع، فقد مرت الأسرة البشرية بمراحل تطور متعددة فرضته الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والدينية والتنظيمية لكل مجتمع، فكل مرحلة من المراحل التي مرت بها مختلف المجتمعات كان لها أثر واضح على تركيب الأسرة وشكلها، ووظائفها التي تقوم بها، ونمط القرابة الذي يميزها، ونظام الزواج الذي تقوم عليه، وأيضا العلاقات الاجتماعية التي تجمع بين أفرادها[3].

ولهذا فإننا نجد أن هذا الدور في تقديم هذه الرعاية والاهتمام ليس نفسه بل يختلف من مجتمع لآخر، ومن فترة زمنية لأخرى، حيث أنه إذا كانت رعاية الشيخوخة تتم منذ القديم في نطاق الأسرة الممتدة التي تحث عليها القيم الدينية والتقاليد، وهي لا تزال كذلك في كثير من المجتمعات التي تعتبر أن رعاية المسنين من مسؤولية الأبناء والأحفاد بالدرجة الأولى، فإن المجتمعات الغربية المعاصرة على الرغم من محاولة إيجاد حل لمشكلات الشيخوخة خارج نطاق الأسرة، من خلال توفير دور للمسنين يقيمون فيها، ودعمهم ماديا، إلا أن هذه الحلول لم تستطع أن توفر لهذه الفئة الحنان والجو الأسري والرعاية لهم[4]، خاصة وأن رعاية المسنين من طرف أبنائهم وبناتهم اليوم قد لا تتم في نطاق الأسرة الحديثة التي في بعض الأحيان لا ترحب بوجود المسنين في وسطها، والتي تجد نفسها غير قادرة على توفير الخدمة المناسبة

[1]- محمد أحمد بيومي، علم الاجتماع العائلي؛ **دراسة التغيرات في الأسرة العربية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.ص20.
[2]- عدنان أبو مصلح، مرجع سابق، ص 17.
[3]- فادية عمر الجولاني، **دراسات حول الأسرة العربية؛ تحليل اجتماعي لبناء الأسرة وتغير اتجاهات الأجيال**، مؤسسة شباب الجامعة،الإسكندرية، 1995، ص13.
[4]- أحمد صديقي الدحاني، رعاية أجيال الإنسان والاجتهاد الديني والتماسك الأسري، بـ : **سلسلة الدورات؛** أزمة القيم ودور الأسرة في تطوير المجتمع المعاصر، الدورة الربيعية لسنة 2001، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2002، ص ص202- 203 .

إزاء ما يحتاجون إليه من رعاية مستمرة، وأصبحوا ينظرون إلى المسنين أنهم أشخاص يشكلون عالة على الأسرة، إذ لا يأتي من وراء خدمتهم ورعايتهم نفع[1].

وقبل التطرق في الدور الذي تلعبه الأسرة في تقديم هذه الرعاية التي تعتبر جزء لا يتجزأ من الرعاية الاجتماعية التي يتلقاها المسن، والتي تخضع لتلك الخصائص الاقتصادية والاجتماعية التي تتميز بها الأسرة سواء من ناحية العلاقات بين أفرادها أو الوظائف التي تقوم بها، سوف نعرض أهم الاتجاهات النظرية والدراسات التي اهتمت بدراسة تطور الأسرة، سواء من حيث نمطها ووظائفها، أو العلاقات التي تجمع بين أفرادها.

1-1 بعض الاتجاهات النظرية لتطور الأسرة:

ونظرا لما للأسرة من دور هام تلعبه في المجتمع أو اتجاه أفرادها، من خلال الوظائف المختلفة التي تقوم بها، فإن الباحثون سواء في علم الاجتماع أو الأنثربولوجيا قد أولوا اهتماما كبيرا بمؤسسة الأسرة، والذي يبرزه تعدد تلك الاتجاهات النظرية سواء الكلاسيكية أو المعاصرة التي اهتمت بدراسة الأسرة من جوانب مختلفة، معتمدة في ذلك على البعد التاريخي لاستعراض ملامح التغير الذي يحدث للمجتمعات.

ومن بين هذه الاتجاهات الكلاسيكية وأبرزها؛ الاتجاه التطوري الذي اهتم بدراسة أصل الأسرة ومراحل تطورها من الجانب البنائي والوظيفي لها، وأما من بين الاتجاهات المعاصرة نجد الاتجاه البنائي الوظيفي الذي ركز على دراسة الأسرة من حيث الوظيفة التي تقوم بها في النسق الاجتماعي الشامل (الكلي).

1-1-1 الاتجاه التطوري في دراسة الأسرة:

إذا كان الباحثون في هذا الاتجاه في بادئ الأمر قد ركزوا عند دراستهم للأسرة في البحث عن أصل الأسرة وتحديد المراحل التي تطور عبرها هذا النظام، باعتماد معظمهم على المقارنة بين الأشكال البدائية البسيطة للحياة الاجتماعية والأسرية وبين الأشكال المعقدة المعاصرة، من خلال تلك القراءات في نصوص العهد القديم وكتابات المؤرخين والرحالة والمبشرين، ولم يعتمدوا على شواهد واقعية سوى القليل منهم، حيث توصلوا إلى فكرة أن نظام الأسرة يميل في تطوره نحو التقدم؛ ويتطور من الأشكال البدائية البسيطة إلى الأشكال الحديثة الأكثر تعقيدا، وهذا مع اختلافهم في عدد المراحل التي يمر بها هذا التطور، وكذلك المعايير التي يبنى عليها هذا النموذج.[2]

1- يوسف ميخائيل أسعد ، مرجع سابق ، ص ص115- 116 .
2- علياء شكري وآخرون، علم الاجتماع العائلي، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2009، ص ص15، 16.

ولكن سرعان ما فرضت عليهم التغيرات المتلاحقة في أوروبا التي كشفت عن وجود مشكلات في الأسرة وعلى رأسها مشكل الفقر وعمالة الأطفال والمرأة، والتي دفعت بالدارسين إلى ضرورة التعرف على الأشكال المعاصرة للأسرة وعلى التغيرات التي لحقت بها نتيجة التطور المادي الذي حدث في هذه المجتمعات؛ خاصة وأن تلك الافتراضات القبلية لم تعد صالحة لتفسير هذه المشكلات التي تختلف عن تلك التي اهتم بدراستها أصحاب هذا الاتجاه فيما سبق، بل أصبحت تحتاج إلى فهم الأسرة في ظل الظروف المحيطة بها حسب كل مجتمع[1].

ونتيجة لهذا الوضع قد برزت دراسات أكثر علمية مقدمة بذلك أساسا منهجيا ونظريا جديدا لدراسة الأسرة معتمدة في ذلك على المنهج الإمبيريقي والذي قاده "فريدريك لوبلاي،Frédéric.Le blay" (1806-1882)، من خلال بحثه المهم الذي أجراه عن "العمال الأوروبيين" ونشره سنة 1855[2]، ثم تبعتها دراسات أخرى كدراسة "ادوارد وستر مارك" ودراسة "روبرت ماكيفر"، هذه الدراسات التي ميزت بين أنماط الأسرة بشكل آن، حيث كانت هناك نقاط أساسية مشتركة بينهم المتعلقة بالعوامل التي تؤثر في تغير النمط والنتائج المترتبة عنها فيما يخص الوظائف التي تمارسها أو العلاقات الاجتماعية والاقتصادية بين أفرادها، وأيضا كان هناك بعض الاختلافات الثانوية والمتعلقة بتسمية هذه الأنماط، وهي كالآتي:

1 - نظرية فريدريك لوبلاي: يعتبر المهندس فريدريك لوبلاي من أهم علماء الاجتماع الفرنسيين الذين كانت لهم إسهامات في مجال دراسة الأسرة، ومن بين أهم أبحاثه " العمال الأوروبيين" ؛ حيث أنه من خلال هذا البحث استطاع عرض نظريته المهمة حول تطور العائلة البشرية، حيث يعتقد لوبلاي في هذه النظرية بأن الأسرة قد مرت بثلاث مراحل تاريخية وحضارية، هذه المراحل تختلف فيها مرحلة عن الأخرى من حيث صفات العائلة المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية والاقتصادية لأفرادها، وتركيبها(نمطها) ووظائفها، وهذه المراحل هي:

- ✓ **الأسرة المستقرة(الأبوية الممتدة):** وهي الأسرة العشائرية التقليدية التي تربط أعضاءها علاقات اجتماعية متماسكة، وتوجد هذه العائلات عادة في المجتمعات الزراعية الريفية، وسميت بهذا الاسم لأن الصفات والعلاقات التي تميز وتجمع أفرادها تجعلها مستقرة، حيث نجدهم يتشابهون في ظروفهم الاجتماعية نتيجة اعتقاد أفرادها بإيديولوجية اجتماعية ودينية وأخلاقية واحدة؛ وبالتالي تشابه قيمهم وتقاليدهم وعاداتهم ومواقفهم، ويتشابهون في ظروفهم الاقتصادية نتيجة مشاركتهم في أداء مهنة واحدة(الأب والابن) كما تكون هنا السلطة للأب، وكل هذا يؤدي إلى

[1]- نفس المرجع، ص17.
[2]- نفس المرجع، ص18.

استقرار العائلة وتماسك علاقات أفرادها وتجعلها قوية وصلبة وموحدة ، وهذا يساعدها على تحقيق أهدافها وطموحها (أداء وظائفها وأدوارها).[1]

✓ **الأسرة الفرعية أو الانتقالية:** وهي الأسرة التي تميز المرحلة الانتقالية التي تمر بها الأسرة المستقرة في طريقها إلى التحول إلى أسرة غير مستقرة، وبحكم انتقال هذه الأسرة من نمط إلى آخر فإنها تتميز ببعض صفات الأسرة المستقرة من خلال محافظتها على علاقات النسب وتمسكها بالعادات والتقاليد، وبعض صفات الأسرة غير المستقرة من خلال عدم خضوعها لسلطة الأب،[2] وهذه المرحلة الانتقالية حسب "لوبلاي" تستغرق فترة معينة تختلف من مجتمع لآخر للانتقال بصفة نهائية إلى العائلة غير المستقرة، حيث نجد أن العائلة العربية لا تزال في هذه المرحلة وكان يتوقع أن تصل إلى المرحلة الأخيرة من هذا التطور في نهاية القرن الماضي[3].

✓ **العائلة غير المستقرة:** وهي الأسرة التي تميز المرحلة الحضارية الثالثة التي يصل إليها تطور العائلة، ويرجع سبب تسميتها بهذا الاسم في الحقيقة إلى عدم التشابه في الظروف الاجتماعية بين أفرادها نتيجة اعتقادهم بإيديولوجيات وأفكار وقيم وممارسات مختلفة؛ خاصة بين الآباء والأبناء، وأيضا عدم التشابه في الظروف الاقتصادية لهم، حيث نجد أن الأبناء يمارسون مهن تختلف عن مهنة الآباء، وأمور كهذه حسب لوبلاي تسبب عدم استقرار الأسرة ، نتيجة ما يسببه ذلك الاختلاف بين أفراد الأسرة من فقدان تلك العلاقات الاجتماعية القوية والمتماسكة التي تربط بين أفرادها، وهذا عادة يؤدي بالأسرة إلى الفشل في تحقيق أهدافها الأساسية[4].

ومن نتائج التغير إلى هذا النمط الذي نجده ينتشر في البيئة الصناعية والتجارية التي تعتمد على مبدأ تقسيم العمل والتخصص فيه ما يلي[5]:

❖ سيطرة الجو الديمقراطي بين أفرادها، وتراجع سلطة الأب مقارنة بالنمط الممتد.

❖ ضعف علاقات القرابة (العلاقات مع الأقارب) التي تربط أفراد هذه الأسرة نظرا لكون هذه العلاقات تستند على الجانب الرسمي والمصلحي، فالزيارات بين العائلة النووية وأقاربها تكون محصورة في المناسبات (كالأعياد والأفراح والمآتم....إلخ).

---

[1]-إحسان محمد الحسن، **العائلة والقرابة والزواج؛ دراسة تحليلية في تغير نظم العائلة والقرابة والزواج في المجتمع العربي**، دار الطليعة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الثانية، 1985، ص ص31-33.
[2]- علياء شكري، مرجع سابق، ص18.
[3]- إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 33.
[4]- نفس المرجع، ص34.
[5]- نفس المرجع، ً35.

❖ وتكون هذه العائلة صغيرة الحجم لاعتمادها على برامج تنظيم النسل، ولأنها أيضا لا تعطي المجال للأقارب بالسكن معها في بيت واحد.

❖ تقلص الوظائف التي تقوم بها: فعادة ما تكون مسؤولة عن أداء الوظائف الأساسية؛ كوظيفة إنجاب الأطفال وتربيتهم وتنظيم العلاقات الجنسية في المجتمع وتحضير دار السكن، أما الوظائف الثانوية؛ كالوظائف الاقتصادية والثقافية والصحية والترفيهية، فتترك عادة لمؤسسات اجتماعية أخرى تكون الدولة مسؤولة عنها.

2 ـ **نظرية ادوارد وستر مارك:** هو عالم اجتماع فلندى اهتم اهتماما كبيرا بدراسة الأسرة البشرية دراسة تاريخية ودراسة اجتماعية، وهذا من خلال تركيزه على إبراز أصل النسب العائلي، ومن جهة أخرى على مراحل التطور التي مرت بها الأسرة البشرية، حيث اشتهر بانتقاده لنظرية النسب الأمي انتقادا علميا؛ وكان يعتقد بأهمية النسب الأبوي وتقدمه تاريخيا على النسب الأمي، ويرى أن النسب الأبوي أساس وحدة وتطور ورفاهية الأسرة من النسب الأموي، وانتهج الأسلوب المقارن والأسلوب التطوري في دراسة العائلة البشرية؛ ومن أهم مؤلفاته حول العائلة:" تاريخ الزواج البشري" الذي ظهر لأول مرة سنة 1916.[1]

حيث يذكر وستر مارك في هذا الكتاب بأن الزواج هو أساس تكوين الأسرة؛ فبعد عقد الزواج بين المرأة والرجل تتكون الأسرة ثم بعد ذلك يكبر حجمها ويزداد ترسخها بعد إنجاب الأطفال، حيث يرى "وستر مارك" أن الإنسان منذ بداية الخليقة يميل إلى الزواج الأحادي (monogamie)، وهنا ينتقد آراء "موركن" التي تشير إلى المراحل التاريخية الثلاث التي يمر بها الزواج في العالم، وهي مرحلة الزواج الجماعي ومرحلة الزواج الثنائي (مرحلة الزوجات والأزواج) وأخيرا مرحلة الزواج الأحادي، وفي الوقت نفسه يعترف بأن هناك ظروف استثنائية تدعوا إلى ظهور نظام تعدد الزوجات أو الأزواج في بعض المجتمعات أو نظام الزواج الجماعي يفسر بعوامل قلة السكان في المجتمع أو قلة الرجال والنساء أو التحضير للحروب والتوسع العسكري.

أما فيما يخص مراحل تغير بناء الأسرة وما انجر عنه من أنماط حسب كل مرحلة، فقد ميز "وستر مارك" ثلاث أصناف للأسرة وهي:[2]

✓ **الأسرة البسيطة (النووية):** التي تتكون من الأب والأم وأطفالهم فقط، وهذه العائلة تسكن في مسكن وحدها ولا تدع المجال للأقارب في مشاركتها هذا السكن، وتنتشر هذه العائلة في المجتمعات الصناعية والحضرية الراقية.

---

[1] نفس المرجع، ص38.
[2]- نفس المرجع، ص39.

✓ **الأسـرة المركبـة:** حيـث نجـد هـذه العائلـة تتكـون مـن العائلـة البسـيطة إضـافة إلـى بعـض الأقـارب كـالعم، والجـد والخـال الـذين يسـكنون فـي بيـت العائلـة البسـيطة، ومثـل هذه العائلة توجد في المجتمعات الصناعية والزراعية على حد سواء.

✓ **الأسـرة المعقـدة:** وهـذه العائلـة تتكـون مـن عـائلتين أو ثـلاث أسـر بسـيطة تعـيش فـي بيـت واحـد ويجـب أن تربطهـا علاقـات قرابـة متماسـكة التـي تسـمح لهـا أن تحقـق الوحـدة والألفـة والانسـجام، والتعـاون، وتوجـد هـذه العـائلات فـي المجتمعـات القبليـة والعشـائرية، وفـي المجتمعـات القرويـة والزراعيـة، كمـا أنـه يعتقـد أيضـا أنـه غالبـا مـا تتحـول الأسـرة المعقـدة إلـى أسـرة مركبـة ثـم إلـى الأسـرة البسـيطة، وهـذا التحـول راجـع إلــى التحضـر والتصــنيع والتنميــة الاقتصــادية الــذي شــهدها المجتمــع البشــري خــلال القرنين الثامن والتاسع عشر.

3 - نظريــة روبــرت مكـايفر: إذا كـان "وسـتر مـارك" قـد ركـز علـى أصـل الأسـرة والتغيـر فـي الأنمـاط نتيجـه التغيـرات الاقتصـادية والاجتماعيـة التـي تحـدث فـي المجتمـع، فإننـا نجـد" مـاكيفر" بالإضـافة إلـى تطرقـه إلـى التغيـر فـي نظـام الأسـرة ومـا ينـتج عنـه مـن أنمـاط والتـي حـددها فـي نمطـين؛ نمـط الأسـرة الممتـد والـذي يميـز المجتمعـات القبليـة والمجتمعـات الزراعيـة، ونمـط الأسـرة النـووي الـذي نجـده ينتشـر أكثـر فـي المجتمعـات الصـناعية والحضـرية، ومـا يميـز كـل نمـط مـن علاقـات اجتماعيـة والتـي تختلـف مـن نمـط لأخـر، فقـد تطـرق أيضـا إلـى التغيـر الـذي طـرأ علـى وظـائف الأسـرة، حيـث يقـول أن الأسـرة الممتـدة كانـت تعتمـد علـى نفسـها بصـفة كليـة، مـن خـلال تقـديم الوظـائف المهمــة لأفرادهــا ولمجتمعهــا بصــفة عامــة، التــي يقســمها إلــى قســمين؛ وظــائف أساســية والتــي تتعلــق بإنجــاب الأطفــال وتــربيتهم تربيــة اجتماعيــة ودينيــة، وتنظــيم العلاقــات الجنســية بــين أفــراد المجتمــع، وتحضــير الســكن العــائلي، ووظــائف ثانويــة المتعلقــة بالوظــائف الاقتصــادية كتوزيــع الأعمــال علــى أفرادهــا وتلبيــة حاجــاتهم الاقتصــادية، بالإضــافة إلــى الوظيفــة الصــحية والترفيهيــة والدينيــة والتربويــة، ومــع ظهــور الأســرة النوويـة نتيجـة التصـنيع والتحضـر فقـد اقتصـر هـذا الـنمط علـى أداء الوظـائف الأساسـية فقط حسب" مكايفر" وتخليها عن الوظائف الثانوية لمؤسسات الدولة المختلفة.[1]

1 1 2 الاتجاه البنائي الوظيفي في دراسة الأسرة:

إذا كـان الاتجـاه التطـوري اهـتم بدراسـة تغيـر بنـاء الأسـرة ووظائفهـا والعوامـل التـي أدت إلــى تغيرهــا، فــإن الاتجــاه البنــائي الــوظيفي أيضــا اهــتم بدراســة الأســرة باعتبارهــا النسـق الأساسـي الـذي يتكـون منـه النسـق الاجتمـاعي الشـامل(المجتمـع)[2]، وأن التـوازن بمثابــة الطبيعــة المركزيــة للأســرة، ولــذلك تعمــل هــذه الأخيــرة علــى ترسـيخ وضــع

1- نفس المرجع، ص ص43، 44.
2- عبد الرءوف الضبع، **علم الاجتماع العائلي**، دار الوفاء للنشر والتوزيع، القاهرة، 2002، ص81.

متوازن ومنسجم كتعويض عن التأثيرات والتوترات الخارجية ودرجة هذا التوازن مرتبط بمدى الاستقرار في بنية الأسرة التي تعتبر مهمة رئيسية للزوجين التي تحددها طبيعة الذكور والإناث والأدوار الموكلة لكل جنس[1].

وظهر هذا الاتجاه أكثر مع "تالكوت بارسونز،T.Parsons" وهذا من خلال تطويره للرؤية النسقية الكلية لرواد علم الاجتماع مثل إميل دوركايم، Emile Durkheim" وماكس فيبر،Webre Max "، وفي تطبيق "بارسونز" لهذا الاتجاه عند دراسته لبناء الأسرة؛ فقد بدأ تحليله على نسق الأسرة الأمريكية، باعتباره نسق مفتوح يقوم فقط على العلاقة الزواجية، وبالتالي الأسرة النواة تكون منعزلة عن الجماعات القرابية الواسعة، ويرى أن الفرد المنتمي لهذه الأسرة (الزوج أو الزوجة) هو عضو مشترك في أسرتين؛ أسرة التوجيه وأسرة الزواج والإنجاب (بعد الزواج)، أي أن الفرد بعد الزواج ينتقل جزئيا من وحدته القرابية(الأسرة النواة) ويكون أسرة جديدة بعد الزواج (أسرة زواجية)، ويعتبر "بارسونز" الزواج بأنه الحجر الأساسي في النسق القرابي للأسرة الأمريكية، وعندما يتم الزواج والذي يتميز بأنه خارجي يفترق الزوجين عن أسرتي التوجيه، وأما أبناء الأسر الجديدة فإنهم يمنحون ولاءهم لأبويهم وإخوتهم الذين يضمهم جميعا مسكن خاص بهم، وهذا بالإضافة إلى تأكيده على أهمية ارتباط الأسرة بالنسق المهني تكيفا لمتطلبات الاقتصاد، وهذا الفصل بين الأدوار الأسرية والأدوار الاقتصادية للنسق المهني الذي يراه البعض أنه نوع من التفكك يصيب الأسرة فإن هذا الاتجاه يعتبره أنه عبارة عن غزل الأسرة النواة وحمايتها من المنافسات الداخلية التي تؤثر في كيانها.[2]

حيث يرى"بارسونز" أن نسق الأسرة يخضع مثله مثل أنساق المجتمع إلى التغير، فنسق الأسرة يستجيب استجابة تلاؤمية لما يحدث حوله من تغير في مجال التحضر والتصنيع والتقدم التكنولوجي[3]، حيث يميل هذا الاتجاه بالدرجة الأولى إلى إبراز القدرة التكيفية للأسرة إزاء ما يحيط بها من تغيرات للمحافظة على توازن النسق الاجتماعي الكلي، والتي تظهر حسب هذا الاتجاه في تحول نسق الأسرة الممتد إلى النسق النووي، وما صاحبه من نمو في العلاقات الفردية وتقلص لسلطة الآباء، وبروز العلاقات الزواجية في مكان العلاقة القرابية، كما تتجلى هذه القدرة التكيفية أيضا في تغير وظائف الأسرة.[4]

وبما أن هذا الاتجاه يرى أن النسق بناء له وظائف، والتي تشير إلى المتطلبات أو الأعباء الملقاة عليه، وبالرغم من أن الأنساق الفرعية تختلف في عدد هذه الأعباء إلا أنها تضطلع بوظائف، بحيث يفقد النسق هويته إذا فقد وظائفه كلية، والتي حددها

[1]- محمد أحمد بيومي، مرجع سابق، ص70.
[2]-عبد الرءوف الضبع، مرجع سابق، ص ص86، 87.
[3] - Segalen MARTINE, **sociologie de la famille**, Armand Colin , Paris, 4eme édition, 1996, p9.
[4]- علياء شكري، مرجع سابق، ص ص27،24.

"تالكوت" بأربع وظائف[1]: وظيفة التكيف أو القدرة على التكيف مع البيئة الخارجية من خلال سد الحاجات البيولوجية لأعضائه، ووظيفة تحقيق الهدف المرجو منه، من خلال التكامل بين الأنساق المختلفة، وبهذا يتم المحافظة على النسق وهويته، وبالتالي فإن الأسرة أيضا لها مجموعة من الوظائف المحددة وفق ما يتطلبه النسق الكلي ويعمل على استقراره.

ومن هذا المنطلق يرى هذا الاتجاه بالإضافة إلى تغير نمط الأسرة تماشيا مع التغيرات التي حدثت للنسق الاجتماعي الكلي، فإن الأسرة أيضا حسب "تالكوت بارسونز" عرفت تقلصا في وظائفها التي كانت تقوم بها الأسرة الممتدة في المجتمعات التقليدية مع بروز النمط النووي في المجتمع المعاصر، حيث أصبحت تقتصر على وظيفتين أساسيتين وفق ما يفرضه ويتطلبه النسق الاجتماعي الكلي لكي يكون هناك توازن؛ تتمثل الأولى في الإنجاب والتنشئة الاجتماعية للأطفال وتلقينهم القيم الدينية والاجتماعية، والثانية تتمثل في وظيفة الاستقرار ومنح المكانة لأفرادها[2]، تاركة باقي الوظائف إلى أنساق المجتمع الأخرى، من منطلق التكامل الوظيفي بين الأنساق؛ فالوظيفة التربوية أصبحت تقوم بها دور الحضانة والمدارس، والوظيفة الاقتصادية أصبح تقوم بها الشركات والمصانع، والوظيفة الترفيهية تقوم بها مؤسسات أنشئت خصيصا لذلك، والوظيفة الصحية والاجتماعية للأطفال والعجزة والمعوقين والمسنين التي كانت تتم في نطاق الأسرة الممتدة، فإن النمط النووي أيضا تركها إلى المستشفيات ووكالات الضمان الاجتماعي ودور رعاية المسنين[3].

أي أن هذا التراجع في أداء الأسرة لبعض الوظائف التي كانت تقوم بها فيما سبق حسب هذا الاتجاه؛ هي تعبر أكثر على قوة تكيف الأسرة وأيضا التكامل في العلاقات المتبادلة بين الأنساق في المجتمع، وليس نتيجة الضعف والتفكك الذي أصاب بناءها كما يعتقد البعض[4]، ولذلك يرى "ميردوك MURDOK " أيضا أن عالمية وانتشار الأسرة النواة ترجع إلى أنها تقوم بوظائف رئيسية هي: التنشئة الاجتماعية، والتعاون والانجاز، بالإضافة إلى العلاقات الجنسية.[5]

---

[1]- نفس المرجع، ص 25

[2]- سناء الخولي ، **الزواج و العلاقات الأسرية**، دار النهضة العربية للطباعة النشر والتوزيع، بيروت ، 1983 ص120.

[3]- عمر معن خليل، **علم اجتماع الأسرة**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2004، ص ص17-19.

[4]- سناء الخولي، الزواج والعلاقات الأسرية،مرجع سابق ، ص119.

[5]- نفس المرجع، ص120.

1 2 انعكاس تطور بناء الأسرة على أنماطها ووظائفها:

1-2-1 التغير في أنماط الأسرة:

إذا كان من المتفق عليه هو أن الأسرة عرفت تغيرا في بنائها عبر تاريخ تطورها وذلك وفقا لتلك الظروف الحيطة بها، والتي يرجعها الدارسون في مجال الأسرة بالدرجة الأولى إلى تلك التغيرات التي تحدث في نمط الإنتاج وأساليبه وتأثيره على الظروف الاقتصادية نتيجة التصنيع، وجعل الأسرة تنتقل من نمط الأسرة الممتدة إلى نمط الأسرة النووي مع مرورها بمرحلة انتقالية، وبالتالي يمكن أن نجد أكثر من نمط في المجتمع الواحد وذلك حسب ما تتميز به بيئتها الاقتصادية ودرجة التحضر الذي بلغته.

وهذا الأمر تبرزه الدراسات المتنوعة في ميدان الأسرة التي تظهر بوضوح أنه ليس هناك نمط واحد للأسرة على مستوى العالم، بل هناك أنماط متنوعة حسب الاختلافات الثقافية المتعددة والمختلفة، وأكثر من ذلك فإن هناك تباينا في أنماط الأسرة داخل المجتمع الواحد؛ فالعوامل الثقافية تتدخل بشكل أو آخر في تحديد شكل وحجم الأسرة ووظائفها.[1]

وإذا كان للأسرة تعريفات عديدة تتجه إلى إبراز الارتباط الدائم بين الرجل والمرأة وما يترتب علية من إنجاب وتربية الأبناء ورعايتهم، وقياهما ببعض الوظائف التي لم تسقط عنها بالرغم من التطور الذي عرفته في نمطها باختلاف المجتمعات والثقافة؛[2]

حيث يعرفها "كونت،A.Comte" على أنها:"الخلية الأولى في جسم المجتمع، وأنها النقطة التي يبدأ منها التطور، وأنها الوسط الطبيعي الذي يترعرع فيه الفرد."

ويعرفها "وليام أجبرن" على أنها:" منظمة دائمة نسبيا مكونة من زوج وزوجة وأطفالهم أو بدونهم، وأن تنظيم العلاقات الجنسية والوالدية هي المبرر الأساسي لوحدة الأسرة."

فإننا نجد أيضا مجموعة من التعريفات للأسرة وضعت للتميز بين أنماطها؛ وهي كالتالي:[3]

➢ **الأسرة النووية:** وهي الأسرة التي تتكون من الزوجين وأبنائهم غير المتزوجين، وبذلك هي تتكون من جيلين فقط (الأب والأم والأطفال)، ويستثنى الأقارب بالدم أو الزواج، ويكون سكن الزوجين مستقل عن عائلة الزوج وعائلة الزوجة، ولا تسمح للأقارب بالتدخل في شؤونها اليومية.

---

[1]- محمد أحمد بيومي، مرجع سابق، ص57.
[2]- نفس المرجع، ص ص7، 8.
[3]- عدنان أبو مصلح، مرجع سابق، ص ص20-22.

➢ **الأسـرة الممتـدة:** هـي الأسـرة التـي تتكـون مـن ثلاثـة أجيـال؛ الـزوج والزوجـة وأبنـائهم المتـزوجين وزوجـاتهم وأطفـالهم وأبنـائهم غيـر المتـزوجين وبنـاتهم، وربمـا أفـراد آخـرين، حيـث يكـون هـذا الامتـداد أبـوي الخـط تبعـا لثقافـة المجتمـع الـذي تعطـي الرجـال صـفة الملكيـة، وبـذلك يكـون الأب هـو صـاحب القـرار والسـلطة علـى أفـراد هـذه الأسـرة، كمـا أنـه للمحافظـة علـى وحـدة الأسـرة الممتـدة تكـون هـذه الأخيـرة وحـدة إنتـاج واستهلاك في نفس الوقت، حيث يعمل أفرادها معا ويعيشون معا.

➢ **الأسـرة المشـتركة:** تتكـون الأسـرة المشـتركة عـادة مـن أسـرتين نـوويتين أو أكثـر تربطهمـا علاقـة قرابـة خـلال خـط الأب أو خـط الأم، يشـتركون فـي السـكن وتكـون مصحوبة ببعض الالتزامات الاقتصادية والاجتماعية.

هـذه هـي الأنمـاط بصـفة أساسـية، حيـث نجـد أن هنـاك تسـميات وتصـنيفات تختلـف بـاختلاف البـاحثين وبـاختلاف المجتمعـات، مـثلا: الأسـرة المركبـة، الأسـرة الموسـعة، وغيرها من التسميات.

2-2-1 التغير في العلاقات الاجتماعية التي تجمع أفراد الأسرة:

إن الدارسـون فـي موضـوع التغيـر فـي نمـط الأسـرة قـد أظهـروا لنـا أيضـا التغيـر فـي العلاقـات التـي تجمـع أفـراد الأسـرة، حيـث نلاحـظ أن بعـض العلاقـات قـد تراجعـت فـي الـنمط النـووي مقارنـة بمـا كانـت عليـه فـي الـنمط الممتـد؛ سـواء علـى مسـتوى العلاقـات الاجتماعيـة أو العلاقـات الاقتصـادية التـي تجمـع أفـراد الأسـرة النوويـة؛ ومـن أهـم هـذه العلاقات التي تغيرت نجد: [1]

✓ تراجـع سـلطة الأب: والسـبب فـي هـذا التراجـع فـي سـلطة الأب بصـفة عامـة إلـى تغيـر فـي المراكـز الاجتماعيـة، سـواء عنـد الزوجـة أو عنـد الأبنـاء، وأصـبحوا يشـاركون مـثلا فـي اتخـاذ القـرارات التـي تخـص الأسـرة، بالإضـافة إلـى تراجـع مكانتـه الاقتصـادية، نتيجـة التغيـر فـي طبيعـة المهـن التـي أصـبح يمارسـها أفـراد هـذا الـنمط، حيـث أصـبحت مهـن تتماشـى مـع المجتمـع الصـناعي الـذي يعتمـد علـى تقسـيم العمـل والتخصـص فيـه، وبالتـالي فـإن امتهـان أفـراد الأسـرة لمهـن مختلفـة يتقاضـون عليهـا أجـر أدى إلـى الاسـتقلالية الماديـة لأفـراد، وهـذا عكـس مـا كـان سـائد فـي الأسـرة الممتـدة التقليديـة حيـث نجـد الأب هـو الـذي يملـك وسـائل الإنتـاج فـي المجتمعـات الزراعيـة وبالتـالي مكانـة اقتصادية مهيمنة.

✓ وسـيطرة الجـو الـديمقراطي بـين أفرادهـا: نتيجـة تسـاوي منزلـة الـزوج مـع منزلـة الزوجـة؛ نظـرا للمكانـة التـي اكتسـبتها المـرأة فـي المجتمعـات المعاصـرة مـن خـلال ارتفـاع المسـتوى التعليمـي لهـا وخروجهـا للعمـل، وبالتـالي مشـاركتها فـي تسـيير شـؤون الأسـرة مـن الناحيـة الاقتصـادية فـي بـادئ الأمـر، والمشـاركة فـي اتخـاذ القـرارات التـي

---
[1]- إحسان محمد حسن، مرجع سابق، ص ص34و 43.

تخص الأسرة فيما بعد، ولا يتوقف الأمر هنا على المرأة، بل يتعداه إلى الأبناء أيضا الذين أصبحت لهم حرية أكثر مثلا الحرية في الاختيار عند الزواج، وبعد الزواج الخروج والاستقلال في السكن عن أسرة التوجيه.

✓ضعف علاقات القرابة التي تربط أفراد الأسرة النووية بأقاربهم: نتيجة استقلال الأسرة النووية سواء في السكن أو الاستقلال المادي، وأصبحت علاقتهم تتميز بالجانب الرسمي والمصلحي، وزياراتهم تقتصر فقط على المناسبات.

✓ضعف وتراجع علاقات التضامن والتماسك بين أفراد الأسرة النووية: أولا بسبب التخصص في العمل ما ينتج عنه الاستقلال المادي، وأيضا تراجع القيم والتقاليد التي تحث على التماسك والتي كانت تسود الأسر الممتدة التقليدية، وانتشار روح الفردية.

حيث نلاحظ أن هذا التغير في العلاقات بين أفراد الأسرة في النمط النووي، كانت له جوانب ايجابية في بعض العلاقات وجانب سلبية للبعض الأخر.

3-2-1 التغير في الوظائف التي تقوم بها الأسرة:

إذا عرفت الأسرة تغيرا من حيث بنائها ونمطها المساير لواقع المجتمع المعاصر؛ فقد تبعها أيضا تحولات في الوظائف المنوط بها، وإذا كان النمط الممتد يقوم بمجموعة من الوظائف الأساسية في المجتمع والتي حصرها "وليام أجبرن OGBURN William" في الوظيفة التناسلية، والاقتصادية، والتربوية والترفيهية والدينية، والنفسية الاجتماعية التي يتم من خلالها إشباع حاجات أفرادها من جميع النواحي الصحية والاجتماعية والثقافية والدينية[1]، فإن هذا التحول البنائي الوظيفي للأسرة وظهور نمط الأسرة النووية (الزواجية) التي تتميز بصغر حجمها, أدى إلى تراجع ومحدودية الوظائف الذي يقوم بها هذا النمط اتجاه أفراده أو المجتمع وفقدها الكثير من وظائفها التقليدية التي انتقلت إلى مؤسسات أخرى في المجتمع مثل المدرسة والمصنع ودور الترفيه....إلخ[2]، حيث يرى "بارسونر" أن هذه الوظائف تقلصت إلى وظيفتين؛ الأولى تتعلق بالتنشئة الاجتماعية الأولية للأطفال التي من خلالها يصبحون أعضاء في المجتمع الذي ولدوا فيه، والثانية تتعلق بضمان الاستقرار للأشخاص البالغين.

وهذه الوظائف البارزة التي كانت تقوم بها الأسرة وفقدت بعضها في الوقت الراهن؛ حسب المجتمعات ونتيجة للتحولات المختلفة، تتمثل فيما يلي:

---

[1]- سناء الخولي، مرجع سابق، ص120
[2]- عمر معن خليل، مرجع سابق، ص ص10- 11 .

(1) الوظيفة الاقتصادية: حيث كانت الأسرة في الماضي وحدة اقتصادية متكيفة ذاتيا لأنها تقوم باستهلاك ما تنتجه، وبالتالي لم تكن هناك حاجة للبنوك أو المصانع،[1] وهي تعمل إلى جانب ذلك على تعزيز السلوك ذات النمط الاقتصادي يتعلم من خلاله الأبناء طبيعة العمل الاقتصادي داخل المنزل في المستقبل.

(2) الوظيفة الاجتماعية والنفسية: وتأتي وظيفة الأسرة في هذا السياق بالدرجة الأولى لردع الأفراد بآلية التفاعل الاجتماعي، وطبيعة التفاعل الديناميكي داخل المجتمع، وتعزيز التواصل الاجتماعي فيما بينهم من خلال تلك التنشئة الاجتماعية وعملها على نقل القيم الاجتماعية من جيل إلى آخر وتعويدهم على العادات والتقاليد السائدة في المجتمع، بالإضافة إلى ما تمده من مكانة اجتماعية لأفرادها، ومن جهة أخرى تحافظ على تقدير الأطفال لذاتهم وتمنحهم الحماية اللازمة للنمو نفسي سليم في إطار المجتمع، وتعمل أيضا كمرشد نفسي اجتماعي للأبناء وتمدهم بالقوة اللازمة لبناء شخصية مستقلة قادرة على المساهمة في العملية الإنتاجية في المجتمع.[2]

(3) الوظيفة التعليمية: حيث كانت الأسرة تقوم بتعليم أفرادها، ولا يعني ذلك تعلم القراءة والكتابة، وإنما يعني تعلم الحرفة أو الصنعة أو الزراعة أو الشؤون المنزلية.

(4) وظيفة الحماية: كانت أيضا لها مسؤولية عن حماية أعضاؤها، فالأب لا يمنح لأسرته الحماية البدنية فقط، بل يمنحهم أيضا الحماية الاقتصادية، والنفسية، وكذلك يفعل الأبناء لآبائهم عندما يتقدموا في السن.[3]

(5) الوظيفة البيولوجية والجنسية: ظلت الأسرة محافظة على هذه الوظيفة، كونها الإطار القانوني والشرعي الذي يبيح عملية التكاثر في المجتمع وبالتالي المحافظة على النوع البشري، وتعتبر هذه الوظيفة أساسية في الأسرة كونها تمثل امتداد للحياة، بالإضافة إلى أنها توفر إشباع جنسيي غريزي بشكل قانوني ومنظم للزوجين ضمن مجموعة المعايير والنظم الاجتماعية السائدة.[4]

(6) الوظيفة الترفيهية: كانت هذه الوظيفة محصورة أيضا في الأسرة أو بين عدة أسر، ولكن في الوقت الحاضر أصبحت هناك مراكز ومؤسسات خاصة بذلك.

1 3 الأسرة ودورها في الرعاية الصحية للمسنين:

إذا كان من المتفق عليه بأن الأسرة تبقى المكان الأنسب الذي يتم فيه تأمين الرعاية الصحية الجسمية والنفسية لأعضائها من الكبار أو الصغار، باعتبارها النسق المجتمعي الأول والأهم الذي ينطوي على وظائف أساسية يقوم بها لإشباع

[1]- سناء الخولي، الزواج والعلاقات الأسرية، مرجع سابق، ص ص73-74.
[2]- عدنان أبو مصلح، مرجع سابق، ص 18.
[3]- سناء الخولي، الزواج والعلاقات الأسرية،مرجع سابق، ص ص73-74.
[4]- عدنان أبو مصلح، مرجع سابق، ص 18.

حاجات ومتطلبات أفراده، والتي تتحدد بمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها الأسرة.[1]

وبما أن عطاء الشيخوخة الأولى للأسرة والمجتمع كبير أيضا، وذلك لما تتصف به من حكمة وخبرة، و دور خاص على صعيد تربية الأطفال والأحفاد وكذا على صعيد تقديم النصائح والإرشادات للشباب وإحاطة الجميع بالمحبة والحنان، فإن هذه الفئة من العمر بالمقابل تحتاج إلى الدفء الأسري، وتقديم الرعاية لها في هذه المرحلة من العمر، وهذا نتيجة تلك الخصائص الصحية والاقتصادية والاجتماعية التي يتميز بها المسنون في هذه المرحلة من العمر:

1-3-1 خصائص المسنين وحاجتهم للرعاية الصحية في الوسط الأسري:

قد تزداد حاجة المسنين للرعاية الأسرية في هذه المرحلة من العمر نظرا لتلك التغيرات التي تحدث له والتي تأتي في مقدمتها:

- التغيرات البيولوجية: وما ينتج عنها من ضعف وتراجع في وظائف الجسم، وتراجع الحالة الصحية للمسن وإصابته بأمراض مختلفة خاصة الأمراض المزمنة التي تزيد نسبة الإصابة بها في هذه المرحلة من العمر؛ كأمراض القلب والشرايين وداء السكري، والتهاب المفاصل، وقرحة المعدة، وبعض أنواع السرطان،أو عته الشيخوخة الذي يحتاج إلى رعاية خاصة بسبب عدم قدرة هذا المريض على رعاية نفسه، وغيرها من الأمراض*، وفي حال ما إذا تدهورت حالته الصحية واشتدت عليه الأمراض(بسبب معاناته من أكثر من مرض) فإن ذلك يؤدي إلى فقدانه لاستقلاليته الذاتية، مما يستدعي ضرورة تدخل أفراد الأسرة لتقديم الرعاية له والاهتمام به، ومن جهة أخرى ارتفاع النفقات المخصصة للعلاج، نتيجة ما تتطلبه هذه الأمراض من رعاية وعناية صحية مستمرة من الجانب العلاجي والجانب الوقائي.

- ضعف دخل المسن ومحدودية الموارد: سواء بسبب التقاعد أو بسبب عدم القدرة في الاستمرار في العمل بسبب المرض والعجز، وهذا يؤدي إلى عدم قدرة المسن الذي يعاني من بعض الأمراض، خاصة إذا كانت مزمنة على توفير مصاريف العلاج اللازمة، نظرا لحاجة هذه الأمراض إلى الرعاية المستمرة والدائمة، ولهذا السبب يكون المسن بحاجة إلى طلب الإعانة و المساعدات المادية من أفراد أسرته وأقاربه، خاصة إذا كان ليس لديه تأمين صحي.

وإذا كانت درجة العجز الصحي والإصابة بالأمراض التي تحتاج إلى رعاية مستمرة، وما يقابلها من عجز مماثل في الجانب المادي تحتم على الأسرة رعاية هذه

---

[1]- أيمن مزاهرة، مرجع سابق، ص126.

* ارجع إلى الفصل الثالث من الجانب النظري لمعرفة تفاصيل أكثر عن التغيرات البيولوجية التي تحدث للمسن والأمراض التي تصيبه في هذه المرحلة من العمر (ص ص 61-63).

الفئـة، فـإن هنـاك عوامـل أخـرى ليسـت مرتبطـة بالضـرورة بهـذين العـاملين وتجعـل الأسـرة تهـتم برعايـة أفرادهـا المسـنين، التـي نجـد مـن بينهـا القـيم والمبـادئ التـي تقـوم عليهـا الأسـرة التـي تحـدد مسـؤوليات وواجبـات كـل فـرد فيهـا، وتعـزز العلاقـات بيـنهم كعلاقة التكافل والتضامن، وتقدير واحترام كبار السن[1].

1-3-2 أنواع الرعاية الصحية المقدمة للمسن في الأسرة:

تختلـف أنـواع الرعايـة التـي تقـدمها الأسـرة لأفرادهـا المسـنين بـاختلاف الاحتياجـات المتعلقـة بهـذه الفئـة مـن العمـر، حيـث نجـدها تـوفر لـه الرعايـة مـن الجانـب الاجتمـاعي والنفسـي مـن خـلال معاملاتـه بـاحترام وتقـدير مـن طـرف أفـراد أسـرته واستشـارته، وتجنيبـه الوحـدة والعزلـة[2] والتكفـل بـه ورعايتـه إذا فقـد شـريك حياتـه، أو مـن الجانـب الاقتصـادي بتـوفير المتطلبـات العـيش أو العـلاج التـي يحتاجهـا المسـن، وتقـديم المسـاعدة الماديـة لـه سـواء طلبهـا أولـم يطلبهـا ولا يتحقـق ذلـك إلا مـن خـلال روح التعـاون والتكافل بين أفراد الأسرة[3].

وكـذلك مـن بـين أنـواع الرعايـة التـي تسـهر الأسـرة علـى تقـديمها للمسـن تلـك الرعايـة الصـحية، باعتبارهـا جـزء لا يتجـزأ مـن الرعايـة الاجتماعيـة التـي تقـوم بهـا الأسـرة تجـاه المسـن، خاصـة مـا يتميـز بـه المسـن مـن تـدهور فـي حالتـه الصـحية وإصـابته بـالأمراض كمـا تكلمنـا عنـه سـابقا، وهـذه الرعايـة تعتمـد علـى مجموعـة مـن الأسـس تتمثـل أساسـا فـي؛ العلاقـات بـين أفـراد العائلـة، الوقـت المخصـص لتقـديم هـذه الرعايـة، والتمويـل(تـوفر الجانـب المـالي)[4]، فتـوفر هـذه العناصـر الثلاثـة تضـمن للأسـرة تقـديم رعاية صحية ونفسية جيدة من الجانب العلاجي والجانب الوقائي.

-وإذا كانـت الرعايـة الصـحية النفسـية والجسـمية تحـتم ضـرورة تـوفير ظـروف عـيش ملائمـة للمسـن خاصـة فـي فتـرة المـرض: سـواء كانـت متعلقـة بظـروف السـكن، أو مـن خـلال العلاقـات الأسـرية الجيـدة التـي تجمـع بـين المسـن وأفـراد أسـرته، حيـث أن الـروابط القويـة بـين الأفـراد والرغبـة فـي المشـاركة فـي رعايـة المسـن تخلـق وسـائل للتفاعـل الجيـد والتجـاوب مـع احتياجـات المسـن دون الإسـاءة إليـه أو إهمالـه فـي بعـض الأحيان.

-فـإن الأسـرة أيضـا تعمـل علـى تـوفير المـال ليتسـنى للمسـن تلقـي الرعايـة الصـحية اللازمـة[5] سـواء مـن الناحيـة العلاجيـة الـذي يرتكـز علـى تخلـيص المسـن مـن الشـوائب الصـحية التـي لحقـت بـه، بتـوفير خـدمات صـحية جيـدة مـن خـلال التوجـه إلـى المؤسسـات الصـحية الرسـمية وتـوفير الـدواء لـه، أو مـن الناحيـة الوقائيـة مـن خـلال تـوفير الغـذاء

[1]- محمد سيد فهمي، مرجع سابق، ص59.
[2]- يوسف أسعد ميخائيل، مرجع سابق، ص57.
[3]- محمد سيد فهمي، مرجع سابق، ص 59.
[4]- عبد المنعم عاشور، **صحة المسنين، كيف يمكن رعايتها؟**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة،2009، ص 69.
[5]- نفس المرجع، ص 75

الصحي المتوازن، خاصة وأن المسن في هذا العمر وفي هذه الوضعية الصحية يبقى يحتاج إلى تطبيق حمية غذائية تتماشى مع المرض الذي يعاني منه أو لتجنب الإصابة من بعض الأمراض، وهذا يتطلب من الأسرة توفير المواد الغذائية التي تحتويها هذه الحمية والغذاء المقدم للمسن بصفة عامة، والحرص على تقديمها له[1].

ولذلك نجد أن هذه الرعاية بمختلف جوانبها(الوقائي والعلاجي) تخضع للوضعية الاقتصادية المتاحة للأسرة أو المسن وأيضا علاقات التكافل والتعاون بين أفرادها، حيث نجد أن للمستوى الاقتصادي للأسرة تأثير في تحديد نوع الخدمات الصحية المطلوبة، بمعنى ما إذا كان الوضع يسمح بالذهاب إلى الطب الرسمي أو الاكتفاء بالطب الشعبي، أو الذهاب إلى القطاع الخاص أو الاقتصار على القطاع العمومي، وإذا تعلق الأمر بالمسن في هذه الحالة فإن عملية تقديم الرعاية بصفة عامة تتأثر أيضا بنمط الأسرة التي ينتمي إليها.[2]

3-3-1 عوامل الاختلاف في تقديم الرعاية للمسنين:

إذا كان من بين الأدوار والوظائف التي تقوم بها الأسرة تجاه أفرادها تلك الرعاية الصحية التي تعتبر وجه من أوجه الرعاية الاجتماعية الواجب تقديمها للمسن في الوسط الأسري، فإننا لا نجدها متوفرة بنفس المستوى في كل المجتمعات والأسر، والذي أرجعها كثير من العلماء إلى تلك التغيرات التي حدثت في المجتمعات المعاصرة وما انجر عنه من تغير في نمط الأسرة ووظائفها، وتراجع العلاقات الاجتماعية بين أفرادها، والذي تسبب في ظهور الكثير من المشاكل الاجتماعية التي يعاني منها المسنون اليوم[3].

حيث يرون أن السبب يعود إلى تراجع نمط الأسرة الممتدة الذي كان يميز المجتمعات التقليدية، أين كان المسنين أعضاء في أسر تضم ثلاثة أجيال يتلقون الرعاية اللازمة من أبنائهم وأحفادهم، ويلقون الاحترام والتقدير من الجميع في ظل تلك الروابط الأسرية التي تقوم على الحب والالتزام بتعويض ما يعجز المجتمع عن تقيمه للمسن من خلال ما يقومون به من أدوار في سبيل الوفاء بحاجات المسن الصحية والمالية[4]، بل يكون المسنين في هذا النمط من الأسر في كثير من الأحيان هم المتصرفين تقريبا في كل الأمور الاقتصادية والاجتماعية في الأسرة، ويملكون وسائل الإنتاج مثل الأراضي والمعدات وأدوات الإنتاج، ولكن مع تغير أسلوب الإنتاج في المجتمعات الصناعية المعاصرة التي تعتمد على التخصص في العمل وما تبعها من تحول الأسرة إلى النمط النووي، وانفصال الأبناء عن آبائهم في العمل وبالتالي استقلالهم المادي بالإضافة إلى الاستقلال في السكن، كل هذا أدي إلى

---

[1]- هدى محمد قناوي،مرجع سابق، ص121.
[2]- أيمن مزاهرة وآخرون، مرجع سابق، 126.
[3]- هدى محمد قناوي،مرجع سابق،ص 100.
[4]- نفس المرجع، ص99.

تراجع القيمة التقليدية للمسن في هذه المجتمعات وهذه الأسر، وأصبح يشار إليهم أنهم عالة على الأسرة وغير مرغوب في وجودهم[1].

ولهذا نجد في كثير من المجتمعات خاصة الغربية أصبحت تنتشر دور رعاية المسنين نظرا لانفصال أبنائهم عنهم سواء بعد الزواج أو قبل الزواج إما للعمل أو الدراسة أو حتى من أجل شعورهم بالحرية والاستقلالية، ما دفع المسنين إلى الالتحاق بهذه الدور والمراكز بحثا عن الرعاية وصحبة أفراد مقاربين لهم في السن، وهذه الظاهر من انتشار هذه المراكز بدأت تعرف طريقها أيضا في المجتمعات العربية بالرغم من أن مبادئ الدين الإسلامي يمنع و لا يرحب بهذه السلوكيات.[2]

المهم أن مفهوم الرعاية للمسنين الذي كان يعتقد الكثير أنها أبرز في النظام الأسرة حتى عقد قريب لم تعد ضمانا قويا، نظرا لما يتسم به المجتمع المعاصر من انتشار الكثير من القيم المادية التي فرضتها تطورات الحياة الحديثة وجعل اهتمام الأبناء بالمسنين يتراجع بالإضافة إلى تراجع الوازع الديني وتراجع علاقات التضامن والتكافل بين أفراد الأسرة.

ولذلك نجد أن هناك الكثير من الجهود التي تسعى إلى تعزيز قدرة الأسرة على تجنب مشاكل المسنين، ذلك أن رعاية هذه الفئة من المسنين من جوانب عدة، منها الناحية الصحية والسكن المريح والأمان الاجتماعي والاقتصادي وتوفير وسائل الترفية لا يتأتى إلا من الدور الذي تلعبه هذه الأسر المتماسكة.

ثانيا: الأسرة الجزائرية و دورها في رعاية المسنين

في العنصر السابق قد رأينا أن التغير في نمط الأسرة وما رافقه أيضا من تغير في وظائفها الموكلة لها في النمط التقليدي، والتغير في العلاقات التي تربط أفرادها كان له أثر في تحديد عملية تقديم الرعاية الأسرية للأفراد المسنين.

وفي المجتمع الجزائري باعتباره أنه مجتمع عربي مسلم بصفه عامة فإنه من الطبيعي أو من الضروري التعامل مع المسنين والاهتمام بتلبية حاجاتهم؛ و هذا يكون من الأدوار أو الواجبات الأساسية التي تقوم بها الأسرة، خاصة وأن الأسرة في المجتمع الجزائري تعتبر النواة أو الخلية الأساسية المكونة له، ومن حق المسن أن يتمتع بالحياة العائلية بين أولاده، وأن الله تعالى قد أوصى بالوالدين، وأمر ببرهما وجعل الإحسان إليهما قرين بعبادته، قال الله تعالى:﴿**وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا...**﴾(سورة الإسراء الآية 23)، وفي ذلك دلالة على أن حقهما على الأولاد من أعظم الحقوق وأكبرها وأشدها، ومن بين هذه الحقوق نجد أنه إذا لم

[1]- سناء الخولي، الأسرة والمجتمع،دار المعرفة الجامعية،القاهرة، 1992، ، ص239.
[2]- نفس المرجع، ص327.

يتوفر للمسن دخل يكفيه فإن الإسلام يوجب على أبنائه القادرين نفقة واجبة لتأمين حاجاته الأساسية من الطعام والشراب واللباس والعلاج والإيواء والسكن، كما لا يجوز للابن أن يتخلى عن رعاية والديه بوضعهما في دور الرعاية الاجتماعية(مراكز العجزة والمسنين).[1]

ونجد هذه الحقوق أيضا مكرسة في القوانين المختلفة التي وضعتها الدولة الجزائرية، بدء من قانون الأسرة، مرورا بقانون الحماية الاجتماعية وقانون العقوبات الذي يعاقب كل شخص تعرض للمسن سواء بالضرب أو الطرد، وأخيرا قانون حماية الأشخاص المسنين الذي تكلمنا عنه في الفصل السابق، وهذه القوانين والإجراءات كلها تضمن حق المسن في الرعاية الأسرية.

وبالرغم من وجود دراسات اهتمت بموضوع المسنين في المجتمع الجزائري، إلا أننا نجد تقصير في إبراز الجانب الذي يهتم بدور الأسر في تقديم تلك الرعاية الأسرية لأفرادها المسنين، خاصة وأن المجتمع الجزائري قد عرف مجموعة من التغيرات على جميع الأصعدة؛ الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية والأسرة لم تكن بمنء عن هذه التغيرات، ولهذا فإنه عندما نتكلم عن دور الأسرة في تقديم هذه الرعاية(الصحية والاجتماعية في الوسط الأسري) لا يمكننا أن نفصلها عن تلك التغيرات خاصة التي حصلت للأسرة (تغير نمطها) وأيضا الظروف الاقتصادية التي تعيش فيها في السنوات الأخيرة.

ولهذا فإنه في هذا العنصر سوف نعرض جانبين أساسيين في تقديم الرعاية الأسرية للمسن في الأسرة الجزائرية، أولا الجانب الاجتماعي للأسرة من خلال تلك التغيرات التي حدث للأسرة الجزائرية وما أصبحت تتميز به في الوقت الراهن، وثانيا الجانب الاقتصادي لها، من خلال عرض تلك الوضعية الاقتصادية التي تعيشها الأسرة الجزائرية خاصة في السنوات الأخيرة.

2-1 تطور الخصائص الاجتماعية الأسرة الجزائرية

سنحاول في هذه النقطة أن تقدم بعض الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية بشكلها التقليدي والنووي الحديث(الزواجية)، وهذه الخصائص الاجتماعية التي نجدها متقاربة في هذين الشكلين، لأن الأسرة الجزائرية الحديثة أو الزواجية الحالية ما هي إلا نتيجة مختلف التغيرات الاجتماعية التي عرفها النمط التقليدي.

2-1-1 الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية التقليدية:

إذا كانت كل مجتمعات العالم قد عرفت تطورا في بنائها ووظائفها حسب الظروف التي مرت بها هذه المجتمعات، فإن نمط الأسرة الجزائرية هو الآخر

[1]- فؤاد عبد المنعم أحمد، **حقوق المسنين وواجباتهم في الإسلام**، بـ: مجلة الشريعة والقانون، العدد:18، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، 2003، ص30.

عرف مراحل تطور كانت لها أيضا علاقة بما حدث في المجتمع الجزائري من تغيرات سياسية واقتصادية اجتماعية وثقافية.

كانت الأسرة الجزائرية في الفترة الاستعمارية والسنوات الأولى بعد الاستقلال تتميز بأنها أسرة مركبة أو موسعة، والذي يعرفها الدكتور بوتفنوشات على أنها:" أسرة كبيرة أو ممتدة أين تعيش فيها عدد كبير من الأسر الزواجية تحت سقف واحد، هي الدار الكبيرة عند الحضر، والخيمة الكبيرة عند البدو، حيث نجد فيها من 20 إلى 60 شخص أو أكثر يعيشون جماعيا[1]، أي ما يعادل وجود 3 أجيال أو أربعة أجيال[2]" فإذا زاد عدد أفراد العائلة عن الحد الأقصى التي تطيقه الدار فإن العائلة الممتدة تنقسم إلى عدد من العائلات الزواجية.

كما أن النمط التقليدي للأسرة الجزائرية يقوم على مجموعة من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، نذكر منها:[3]

1 -أنها أسرة كبيرة ممتدة يعيش فيها عدد كبير من الأسرة الزواجية، وكذلك عدد كبير من الأفراد، أي ذات حجم كبير.

2 - أنها تتميز بعلاقات التضامن والتلاحم التي تلعب فيه الدار الكبيرة دورا هاما في تحقيق هذا التضامن، بحيث نجد الآباء يمنحون الأمن والحماية، من خلال التعاون الدائم بين أفرادها. والتي نجدها تنتشر أكثر في الوسط الريفي، حيث كل ثنائي زواجي أو كل مجموعة عمرية أو جنسية تجد في داخل هذه الدار مكانتها بما يتماشى وقواعد العلاقات العائلية.

3 - أما فيما يخص نسق القيم التي ترتكز عليه هذه الأسرة، يتمثل خاصة في الارتكاز على القيم الأخلاقية والروحية، التي نجدها منفصلة عن القيم المادية وهي نابعة من السلوك الديني.

4 - أسرة متماسكة: حيث أن مفهوم تماسك الجماعة هو أساس فهم تماسك الأسرة الجزائرية، حيث نجد الأب الممسك بزمام الأمور اتخاذ جميع القرارات بصفة حاسمة، كما يمكن وصف هذا التماسك بالعصبية لأنه يقوم على رابطة القرابة والدم.

5 - العائلة الجزائرية هي أبويه النسب، حيث نجد أن الأب أو الجد هو القائد الروحي للجماعة العائلية وينظم فيها تسيير أمور الأرض الجماعية، كما أن له مرتبة خاصة تسمح له بالحفاظ على تماسك العائلة.

6 - تعتمد في جانبها الاقتصادي على الزراعة: كما أن هذا النظام يميل إلى تقوية الارتباطات داخل الأسرة، لأنه يقوم على المشاعية في ملكية الأرض، وفي قمته الأب أو الجد الذي لا يرد ولا يعكس في قراراته.

[1]- مصطفي بوتفنوشات، مرجع سابق،ص37، 39 .
[2]- نفس المرجع، ص40.
[3]- نفس المرجع، ص37 و47 .

وبمـا أن الأسـرة هـي إنتـاج اجتمـاعي تعكـس المجتمـع الـذي توجـد فيـه وتتطـور حسـب الظـروف التـي يمـر بهـا المجتمـع، فإنــه نتيجـة مـا عرفتـه الجزائـر مـن تحـولات بعـد الاسـتقلال مـن جميـع الجوانـب، الاقتصـادية والاجتماعيـة وثقافيـة، مـن خـلال تطبيـق تلـك السياســات فــي سـبل تحقيـق التنميـة وتطـوير المجتمـع الجزائــري، فمــن أهـم نتائجهـا انتشــار العمـل المــأجور والتصــنيع والتحضــر، انتشــار التعلـيم خاصــة عنــد البنــات، وإمكانيــة خــروجهن للعمـل وغيرهـا مـن التحـولات التــي كـان لهـا أثـر فـي تغيـر نمـط الأسـرة الجزائريـة التـي بـدأت ملامحـه تظهـر أكثـر وضـحا فـي سـنوات الثمانيـات، وذلـك ببـروز الـنمط النـووي أو مـا يطلـق عليهـا أيضـا الأسـرة الزواجيـة، حيـث كـان يـرى بعـض المهتمـين بدراسـة الأسـرة الجزائريـة أن المرحلـة النهائيـة والوضـعية المثاليـة التـي تصـل إليـه الأسـرة كمـنط الوحيـد المناسـب الـذي يتماشــى مـع هـذه الظـروف والتغيـرات التـي تحصـل فـي المجتمعـات الحديثـة، حيـث نجـد مـن بـين هـؤلاء علـي قواوصـي، وهـي لا تبتعـد عـن الفكـرة التـي روج لهـا الاتجـاه المعاصـر لدراسـة الأسـرة بقيـادة "تـالكوت بارسونز"[1].

2-1-1-2 خصائص الأسرة الجزائرية الحديثة:

ولكـن رغـم هـذا التطـور الـذي غرفتـه الأسـرة التقليديـة، وظهـور الـنمط النـووي، بقـى هنـاك نسـبة مـن هـذه الأسـر التقليديـة موجـودة فـي هـذا المجتمـع الحـديث، نظـرا لمـا لهـا مــن تــأثير كبيــر علــى الأســرة الزواجيــة، التــي مهمــا حاولــت الاســتقلال عــن الأســرة التقليديــة إلا أنهــا ترجــع إليهــا فــي الأمــور الهامــة[2]؛ وهــذه الحقيقــة التــي ذكرناهــا ســابقا تأكـدها تلـك الدراسـة التـي قـام بهـا الأسـتاذ محمـد بومخلـوف والتـي جـاءت تحـت عنـوان "نمـط الأسـرة الجزائريـة ومحدداتـه"؛ حيـث تطـرق فـي هـذه الدراسـة إلـى أنمـاط الأسـرة المتواجـدة فـي المجتمـع الجزائـري وتطـور نسـب وحجـم هـذه الأنمـاط مـع مـرور الـزمن، وبالإضــافة إلــى ذلـك فقـد تطـرق إلــى أهـم والعوامـل المحـددة لنمطهـا، والتـي نجـد مـن بينهــا العوامــل الاجتماعيــة والاقتصــادية والديمغرافيــة والثقافيــة، فحســب التعــداد الــذي أجــري ســنة 1998 نجــد أن نســبة الأســر الممتــدة قــدرت بــ 13% مــن مجمــوع الأســر، ونسـبة 10% هـي شبة نوويـة كمـا أطلـق عليهـا اسم أسـرة موسـعة، فـي حـين نجـد أن نسـبة الأسـر النوويـة قـد قـدرت بـ71%: بمعنـى أنهـا مكونـة مـن الـزوج والزوجـة وأبنائهـا عيـر المتزوجين يعيشون في منزل مستقل[3].

وهـذا الـنمط الجديـد مـن الأسـر فـي المجتمـع الجزائـري لديـه خصـائص تميـزه عـن النمط التقليدي للأسرة الجزائرية، نجد منها:

---

[1]- Mostefa BOUTEFNOUCHET, la famille algérienne quel modèle ?, in ;**collection le lien** : changements familiaux et changements soucieux, n°3, deuxième partie, université d'Alger,2006, p10-11.

[2]- مصطفى بوتفنوشت، مرجع سابق، ص 143 .

[3]- محمد بومخلوف، نمط الأسرة الجزائرية ومحدداته؛ دارية إحصائية وتحليل نظري، بـ: **سلسلة الوصل**: التغيرات الأسرية والتغيرات الاجتماعية،الجزء الأول ، العدد2، منشورات كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر 2006، ص86.

تتميز هذه الأسرة بتقلص حجمها بسبب أن كل أسرة نووية زواجيه تكون مستقلة عن بقية أفراد القرابة.

1) كما أنها تؤمن معاشها اعتمادا على دخلها الشهري المتمثل في رب الأسرة العامل، كما أن هذا النمط يكون منتشرا في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء، كما بينت نتائج دراسة" محمد بومخلوف".
2)وأمام هذا الوضع الاقتصادي الجديد والذي يختلف عم كان سائد في المجتمع التقليدي الجزائري، فإن سلطة الأب أو الجد قد تراجعت
3) واستقلال الأبناء في السكن بعد الزواج، إلا في حالات قليلة، عند وجود أزمة سكن أو ضعف الدخل الاقتصادي.
4) بالإضافة إلى تغير بعض وظائف هذه الأسرة، من خلال تخليها عن الوظيفة الاقتصادية(كان يعتمد على الزراعة) واعتمادها على المصانع والشركات، وأيضا الوظيفة التربوية: تركها لمؤسسات التعليم، ...إلخ.
5)ضعف المتماسك الأسري بين أفرادها بسبب الحرية الفردية التي اكتسبها الفرد سواء من خلال التعليم أو من خلال العمل المتخصص والمستقل عن عمل الأب، والاسقلال بالمسكن بعد الزواج مباشرة، عكس ما كان يحدث في النمط التقليدي الذي يستقرق فيه الفرد وقتا طويل حتى يستقل إذا كانت فيه ضرورة لذلك.

ويبقى لهذه التغيرات في نمط الأسرة مجموعة من المحددات تختلف درجة تأثيرها، كما أنها تتداخل فيما بينها في بعض الأحيان وتكون لها نتائج مختلفة؛ ومن أهمها:

➢ العامل البيئي(ريفية/ حضرية): فحسب النتائج التي توصل إليها "بومخلوف" فإن هذا العامل لم يكن له تأثير على تحديد النمط الأسري، حيث وجد أن الأسر النووي تنتشر في الوسط الريفي أكثر من الوسط الحضري بالرغم اتساع المكان الذي يسمح ببقاء الأسر محافظة على شكلها الممتد، والعكس فإن النمط الممتد منتشر أكثر في المدن بالرغم من عدم ملائمة المساكن التي تميز الوسط الحضري، بل بالعكس نجدها مشجعة على انتشار النمط النووي أكثر، وهذا فسر صاحب البحث "بومخلوف" على انتشار هذا النمط الممتد في الحضري بسبب التدهور الاقتصادي وعدم إمكانية الاستقلال عن الأسرة بعد الزواج، وأما عن انتشار النمط النووي في الوسط الريفي يعيده إلى أن القيم عند الأفراد تغيرت خاصة فيما يخص العمل، حيث نجدهم يسكنون في هذه المناطق الريفية لكنهم يمتهنون الأعمال المأجورة وليست الزراعة.

➢ العامل الاقتصادي: ويعتبره أهم عامل أدي إلى تغير الأسرة إلى النمط النووي، نظرا لما أدى له من استقلالية مادية للأسرة بسبب الاعتماد على العمل المأجور الذي وفره التصنيع والتحضر، وبسبب ذلك لم يعد هناك داع إلى استمرار الأسرة الممتدة

التي كانت هي النمط التقليدي التي توفر العمل لأفرادها، سواء في الوسط الحضري، أو في الوسط الريفي بسبب ذلك الحراك والهجرة المؤقتة أو الدورية لسكان الريف والعمل في المدن.[1]

➢ العامل الاجتماعي والثقافي: والمتمثل أساسا في ثقافة التعايش وثقافة التكافل والمستمدتين من البعد الديني، أين نجدها تنتشر في المجتمعات الريفية والبدوية وبالتالي فإن هذه المجتمعات مشجعة على انتشار النمط الممتد، وعلى العكس فإن سبب تراجع انتشار النمط الممتد في المجتمعات الصناعية يعود إلى تراجع ثقافة التعايش وثقافة التكافل وضعف الوازع الديني في بعض الأحيان، ما يدفع هذه الأسر إلى عدم السماح لبعض الأفراد الذين تربطهم علاقة قرابة بها بالعيش معها.[2]

➢ البعد الديمغرافي: ويتمثل في حجم الأسرة الناتج عن عدد الأبناء داخل الأسرة الذين يتحولون فيما بعد إلى أسر، والذي في بعض الأحيان يجبر الأسرة النووية إلى التحول إلى النمط الممتد تحت ضغط الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتدهورة ، ويزداد هذا الحجم مع إنجاب الأبناء للمتزوجين الجدد.

2-2 الظروف الاقتصادية التي تعيشها الأسرة الجزائرية:

إذا كان نمط الأسرة ووظائفها الحديثة قد عرفت تغيرا وفقا للظروف المختلفة التي مرت الأسرة الجزائرية، فإن الوضع الاقتصادي التي تعيشه الأسرة الجزائرية أيضا قد عرف تطورا، وكان له أيضا آثار على مختلف أنماط الاستهلاك الأسري.

2-2-1 الوضع الاقتصادي:

إذا كانت الدولة في السنوات الأولى بعد الاستقلال قد عملت على تحسين أوضاع السكان من جميع الجوانب؛ الصحية والاجتماعية وكذلك الرفع من المستوي المعيشي لسكانها من خلال تلك السياسات والمشاريع التي مست جميع القطاعات الاقتصادية، فإنه بدء من منتصف الثمانينات ونظرا للأزمة التي تعرض لها الاقتصاد الجزائري نتيجة انهيار أسعار البترول، وزاد الوضع تأزما في سنوات التسعينات بدخولها في اقتصاد السوق وتطبيقها للإصلاحات الاقتصادية التي حمّلت المجتمع والحكومة تكلفة اجتماعية باهظة أدت إلى استفحال ظاهرة عدم الاستقرار الاجتماعي واستفحال الفقر[3]، حيث أن هذا الوضع الاجتماعي المتدهور الذي زاد من حدته تطبيق عمليات إعادة الهيكلة للمؤسسات سنة 1994 وما نتج عنه من أثار سلبية على كثير من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية: كالشغل والأسعار والاستهلاك والصحة،...إلخ، فهذه الوضعية استمرت في التدهور، والتي بقيت تعكس استمرار

---

[1]- نفس المرجع، ص102.
[2]- نفس المرجع، 107.
[3]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الاقصاء الاجتماعي، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص18.

ذلك التدهور في القدرة الشرائية، وذلك من خلال ما تم تسجيله في الفترة مابين 1990-1996 من تضاعف في الأسعار بثلاث مرات أي بمعدل 174.48%، في حين أن الرواتب في القطاع العمومي لم تعرف من حيث الزيادة سوى معدل 19% بالمتوسط في السنة.[1]

بالإضافة إلى ما أدت إليه هذه العملية من تفقير الطبقة المتوسطة وظهور وضعيات فقر ولا مساواة فاحشة لدى فئات واسعة من السكان، وهذا رغم تحسن المؤشرات الاقتصادية الكبرى التي تم تحقيقها خلال سنتي 1998 و1999 لم يكن لها أي تأثير يذكر على تطور المؤشرات الاجتماعية التي كان من شأنها أن تعكس الانحراف في اتجاه التحسين المتواصل لهذه الوضعية، خاصة تلك المتعلقة بالشغل وبالبطالة، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى ما يعكسه من ارتفاع في معدل التضخم الذي عرفته خاصة المواد الغذائية الأساسية، والذي أثر سلبا على استهلاك الأسر لهذه المواد، حيث تم تسجيل سنة 1999 معدل تضخم قدر بـ 6%، والذي انخفض بـ 2.4 نقطة مقارنة بسنة 1998 وهذا بسبب انخفاض بعض المواد الغذائية كالسكر والفواكه، والدجاج، أما المواد الغذائية بصفة عامة فقد عرفت ارتفاعا بـ 1.2% في سنة 1999؛ الأمر الذي جعل الاستهلاك بسعر ثابت للفرد الواحد ينتقل من 11118.8 د.ج في سنة 1998 إلى 10167.3 سنة 1999؛ أي تسجيل انخفاض بمعدل 0.8‰.[2]

ولذلك سعت الدولة لإيجاد حلول لهذا الوضع الاجتماعي المتدهور؛ وهذا من خلال ما تبرزه أهداف البرنامج الخماسي 2004-2009 الذي ركزت على توطيد السلم الاجتماعي وتحسين شروط المعيشة لدى المواطن من خلال: متابعة الدعم لمادتي الحبوب والحليب وخدمتي الماء والطاقة ذات الضرورة الأولية، وذلك بتخصيص ميزانية جد معتبرة لهذا الجانب بعد المصادقة على قانون المالية لـ2010، والذي تم بموجبه تخصيص قيمة 1000 مليار د.ج من أجل تحسين شروط المعيشة للمواطن، بالإضافة إلى تخصيص قيمة 250 مليار د.ج في إطار تشجيع تشغيل الشباب والاستثمار الاقتصادي، وكان هذا كله من أجل التقليص من نسبة التضخم المرتفعة التي تعرفها الجزائر في السنوات الأخيرة[3].

حيث نلاحظ أنه خلال السداسي الأول لسنة 2009 ورغم تلك الجهود قد تابع التضخم ارتفاعه إلى معدل 5.7% في النصف الأول من سنة 2009، ليعرف تراجعا في النصف الثاني منها لتبلغ نسبته السنوية حدود 5.2%، وما يفسر هذا التضخم تلك

[1]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، **مشروع التقرير حول: الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني لسنة 1999**، الدورة العامة الخامسة عشر، الجزائر، ماي 2000، ص 94-96

[2]- نفس المرجع، ص113.

[3]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، **آفاق الظرف الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2009 (ملخص)**، قسم الدراسات الاقتصادية، الجزائر، ديسمبر 2009.ص ص 21-23.

النسبة المسجلة في مجمل المواد الغذائية، حيث عرفت زيادة في الأسعار الأكثر ارتفاعا بنسبة 8.1% بصفة عامة، وأكثر من 21% بالنسبة للمنتجات الفلاحية، وهذا مقابل استقرار أسعار الخبز والحليب بفضل تدخل الدولة، حيث انتقل دعم سعر الحليب والحبوب من 11.3 مليار سنتيم سنة 2006 إلى 31.2 مليار سنة 2007 ليصل إلى 184.4 مليار سنة 2008[1].

مقابل تلك البرامج فقد تم اعتماد عقد اقتصادي واجتماعي بتاريخ 2006؛ ونتيجة لذلك تميزت السياسة الخاصة بالأجور بزيادات عديدة، خاصة في قطاع عمال الوظيف العمومي، حيث من خلاله تم رفع وزيادة قيمة الأجر القاعدي من 12000 د.ج الذي أقر بدء من سنة 2007 إلى 15000 د.ج بدء من سنة 2010، ورغم هذه الزيادة في الأجر القاعدي في الفترة 2000-2009 بمعدل 7.8%؛ فقد رافقه أيضا ارتفاع في نسبة التضخم بمعدل سنوي قدر بـ 4.4%، ولذلك لم تعرف القدرة الشرائية للأجر القاعدي تحسنا معتبرا[2].

بالرغم من تلك المحاولات التي قامت بها الدولة لرفع المستوي المعيشي للمواطن من خلال محاولة رفع قيمة الأجور، فإن الوضع بقى على حاله وبقيت تلك الأجور غير قادرة على توفير متطلبات الحياة اليومية، ولم تستطع تحسين القدرة الشرائية، بسبب ذلك التضخم في أسعار المواد الغذائية خاصة الذي يبقى يفوق نسبة الزيادة في الأجور.

2-2-2 تأثير الوضع الاقتصادي على الاستهلاك المختلف للأسر:

إن هذا التأثير لتدهور القدرة الشرائية التي عرفتها مداخيل الأسر الجزائرية قد أبرزتها كثير من التقارير التي تطرقت إلى علاقة المداخيل بالاستهلاك المختلف للأسر سواء كان متعلقا بالاستهلاك الغذائي أو غير الغذائي كالخدمات الصحية على سبيل المثال.

فحسب التحقيق الذي أجراه المركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاصة بالتخطيط في شهر مارس 1998 والذي شمل 2000 أسرة تبين أن 56% من هذه الأسر قد قلصت استهلاكها من بعض المواد الغذائية كاللحم والفواكه والزيت، منذ سنة 1993، بل تعدى الأمر بها إلى التخلي عن استهلاك بعض المواد الغذائية[3]، أي أن تلك الوضعية المتدهورة في القدرة الشرائية، بسبب ارتفاع الأسعار خاصة المواد الأساسية؛ والتي تجعلها جد مرتفعة بالنظر إلى أهميتها في ميزانية الأسرة جعلت نفقات العائلات وخاصة ذات المداخيل المنخفضة تميل في اتجاه الحد من الاستهلاك

---

[1]- نفس المرجع، ص 22

[2]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير حول: الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني لسنة 1999، مرجع سابق، ص 23.

[3]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص26.

بسبب التكاليف المرتفعة للمواد الغذائية، خاصة وأن تلك المداخيل يخصص جزء كبير منها إلى النفقات الغذائية للأسرة، وهذا ما تبرزه نتائج التحقيق حول استهلاك الأسر المنجز سنة 1999 من طرف الديوان الوطني للإحصائيات؛ حيث قدرت النفقات المخصصة للمواد الغذائية بـ 53% من إجمالي النفقات، مقابل 52.5% في سنة 1988، كما أن هذا التقييم تؤكده نتائج الدراسة حول "الشبكة الاجتماعية" التي قام بها المركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاصة بالتخطيط؛ التي تبين أن 67% من المستفيدين من الشبكة ينفقون كل مداخيلهم في مصاريف التغذية، ونسبة 70% من المسنين يصرفون منحهم في التغذية[1].

حيث أن هذه الوضعية المتدهورة للأسر وتراجع القدرة الشرائية دفعت بهم إلى الاستدانة لتوفير المواد الغذائية اليومية وبعض مصاريف الصحة، كما تبينه نتائج التحقيق الذي أجراه الديوان الوطني للإحصائيات في سمة 1998 بين أن حوالي ثلثي الأسر أصبحت مستدينة لتسديد النفقات اليومية(التغذية، والألبسة، والأدوية)، وأن حوالي النصف منهم ديونهم في سنة 1998 أصبحت أكثر مما كانت عليه سنة 1993، ونسبة 12% منهم لجأت للاستدانة لتسديد النفقات الخاصة بتربية الأطفال والصحة[2].

وهذا الوضع تعددت أثاره إلى الجانب الصحي للأسر الجزائرية، حيث أنه تزامنا مع هذا الوضع قد حددت قيم يدفعها المواطن عن تلك الخدمات في القطاع العمومي، والتي تدفع كنفقات للعلاج الطبي والتحاليل المخبرية من أجل التشخيص ونفقات الاستشفاء الذي أنقص من توافد الفئة الفقيرة من السكان حتى على مصالح الصحة العمومية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن غلاء بعض الأدوية مقابل تراجع قيمة مداخيل هذه الأسر قلص من استهلاكها.

حيث نجد أن الشرائح الأكثر تضررا من هذا الوضع هم فئة الأطفال والمسنين نظرا لما تتميز به من حساسية للإصابة بالأمراض أكثر من الفئات العمرية الأخرى، ولذلك نلاحظ عودة أمراض للظهور والانتشار.[3]

كما أن هذا الوضع المتدهور للظروف المعيشية طال أيضا ظروف السكن، خاصة مع أزمة السكن التي مازالت تعاني منها الأسر الجزائرية، خاصة في المدن، حيث نجد أن كثير من الأسر عادت إلى النمط الممتد نتيجة زواج أبناء هذه الأسر واستمرارهم في العيش معها في مساكن لا تتلاءم وحجمها[4]، خاصة وأن متوسط عدد الأفراد في الأسرة الواحدة يبقى مرتفع نوعا ما، ففي سنة 1998 قدر متوسط عدد الأفراد في الأسرة 7.1 وهو مرتفع عن المعدل الذي سجل في سنة 1987 الذي

---

[1]- الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير حول: الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني لسنة 1999، مرجع سابق، ص112
[2]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، مرجع سابق، ص27
[3]- نفس المرجع، ص28.
[4]- نفس المرجع، ص15.

كان يقدر بـ 6.6 شخص في كل أسرة، ومن جهة أخري نجد أن في المسكن الواحد يوجد أكثر من أسرة، حيث قدر معدل عدد الأسر في المسكن الواحد بـ 1.08، وهذا راجع إلى أن تشكل الأسر يتم بشكل أسرع من وتيرة بناء السكنات، وهذا ما تبيينه تلك الإحصائيات ما بين 1966 و1998، بأن عدد السكان تضاعف ثلاث مرات في حين أن حظيرة السكن تضاعفت مرتين فقط، وهذا كله أدى إلى ارتفاع درجة الاكتظاظ في الغرفة الواحدة؛ حيث نجد أن معدل الاكتظاظ في الغرفة الواحدة أكبر عند الأسر الفقيرة أين يصل إلى 3.7 شخص في الغرفة مقابل 2.5 شخص في الغرفة عند الأسر الأقل فقرا، وهذا يبين من جهة عدد الغرف في المسكن، حيث بينت الإحصائيات أنه الأسر الذي متوسط عدد أفرادها 8.2 حوالي 45% منها تشغل سكنات ذات حجرتين أو أقل[1].

وهذا الوضع لم يتحسن كثيرا في السنوات الأخيرة، حيث بقى متوسط عدد الأفراد في الأسرة الواحدة يقدر بـ 6 أفراد في الأسرة الواحدة سنة 2008، كما أن عدد السكنات لم يعرف تطورا كبيرا حيث ارتفع معدل نمو الحظيرة السكنية بـ 2.6% من بين سنتي 1998 و2008 ، أي انتقل من 4081228 مسكن سنة 1998 إلى 5268000 مسكن سنة 2008، كما أن النسب الكبيرة من هذه المساكن تبقى تتكون من عدد عرف قليل، حيث بينت الإحصائيات لنفس السنة أن نسبة عدد المساكن المشغولة التي تتكون أقل من أربع غرف قدرت بـ 64.1% من مجموع المساكن، وذلك بنسبة 33.4% تتكون من ثلاث غرف، و نسبة 21.9% تتكون من غرفتين، ونسبة 8.8% تتكون من غرفة واحدة فقط، ولنا أن نتصور درجة الاكتظاظ في الغرفة الواحد إذا كان متوسط عدد الأفراد في الأسرة الواحد يقد بـ 6 فرد في كل أسرة كما ذكرنا، وقد يزيد الأمر سوءا إذا كان المسكن الواحد يشغله أكثر من أسرة[2].

من خلال كل ما ذكرناه سابقا، بدء بالتطرق إلى ارتفاع نسبة المسنين ولو بشكل طفيف في المجتمع الجزائري، وبالتالي أصبحت نسب معتبرة من الأسر الجزائرية تحتضن في وسطها مسنين، وهذا مقابل التغيرات المختلفة التي عرفتها الأسرة الجزائرية الحديثة، سواء من خلال تغير نمطها أو تراجع وفقد بعض وظائفها في ظل الظروف الاقتصادية التي تعيشها، والذي يدفعنا إلى معرفة الظروف التي يعيشها المسن والعوامل التي تتحكم في الرعاية التي يتلقاها.

---

[1]- نفس المرجع، ص24.

[2] - ONS, R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10[éme], op.cit, pp19-20.

الجانب الميداني للبحث

الفصل الأول

الفصل الأول: تأثير الحالة الصحية للمسن على نوعية الرعاية الصحية المقدمة له

في هذا الفصل للجانب الميداني للبحث وقبل الشروع في تحليل الفرضية الأولى له، وللتعرف أكثر على أفراد عينة البحث التي تحصلنا عليها بعد النزول إلى الميدان، سوف نعرض في العنصر الأول أهم الخصائص التي تميزها.

أولا: أهم الخصائص المميزة لأفراد العينة

بعد النزول إلى الميدان وملء الاستمارات التي قدر عددها 170 استمارة، من خلال الاستعانة بنوع من العينات غير العشوائية، والمتمثلة في العينة القصدية، وذلك بالتوجه إلى الأماكن التي يمكن أن يقصدها المسنون أو اعتادوا الجلوس فيها؛ خاصة الحدائق العمومية، وحصولنا في الأخير على هذه العينة من المسنين الذين يتميزون بمجموعة من الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، والتي سنقوم بعرضها من خلال ثلاث محاور أساسية كما يلي:

1-1 الخصائص الديمغرافية للمبحوثين:

من خلال هذا العنصر سنعرض توزيع هؤلاء المبحوثين حسب الجنس، وكذلك حسب فئات العمر، والحالة الزواجية.

جدول رقم1: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	ك	%
ذكور	118	69.4
إناث	52	30.6
المجموع	170	100

من خلال القراءة الاحصائية للجدول الذي يبرز توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس، يتضح أن أكبر نسبة من المبحوثين هم ذكور بنسبة 69.4% مقابل نسبة 30.6% من الاناث.

حيث أن هذا التوزيع قد حدده طبيعة الميدان الذي أجرينا فيه تلك المقابلات، من خلال الأماكن التي قصدناها؛ والمتمثلة في الحدائق العامة بصفة أساسية، والتي كانت تتميز بتوافد المسنين الذكور أكثر من الاناث، والمساجد الجناح الخاص بالنساء بصفة ثانوية أين واجهنا الرفض نسبة معتبرة من النساء في هذا المكان، وكذلك بالفترة التي استغرقت لملء الاستمارات التي لم تسمح لنا بالتوفيق بين الجنسين من حيث عدد الاستمارات المملوءة.

ولذلك فإن هذه العينة لا تعكس التوزيع الحقيقي لهذه الفئة، حيث أنه حسب نتائج التعداد الذي أجري سنة 2008 فقد قدرت نسبة الذين تزيد اعمارهم عن 60 سنة من

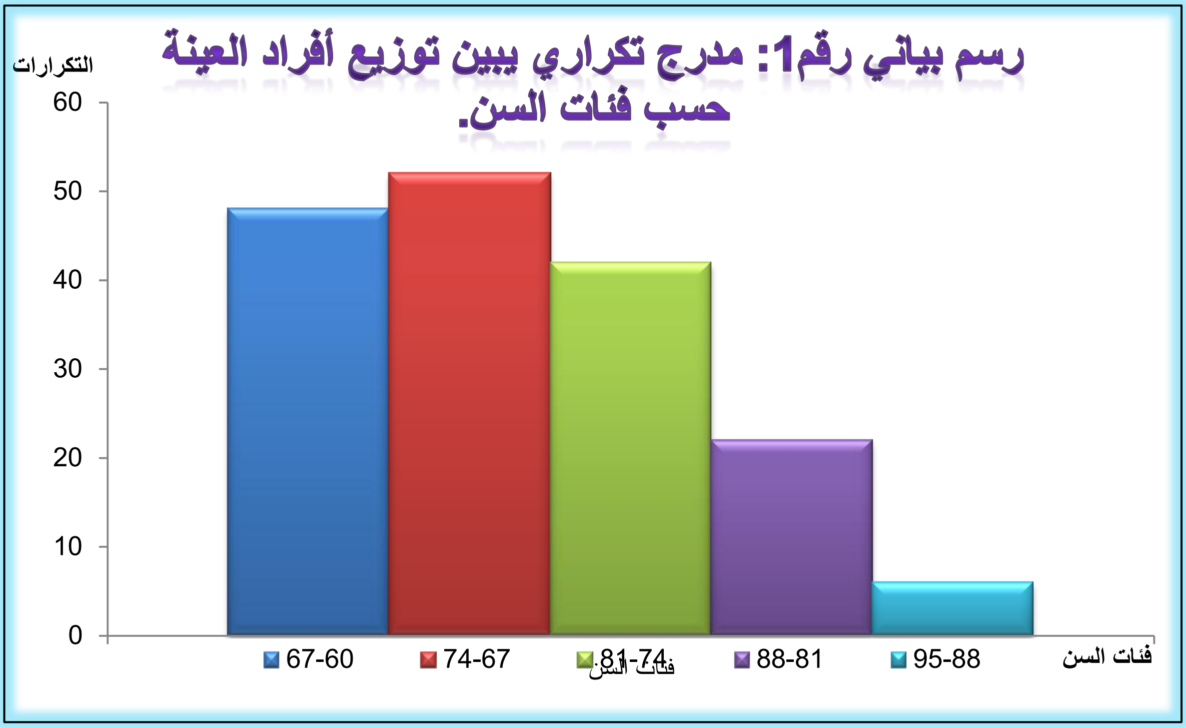
الذكور بـ 49.61% مقابل 50.39% من الاناث، وهذه النسب تعكس بدورها أمل الحياة عند الجنسين والذي نجده أعلى عند الإناث.

جدول رقم2: توزيع أفراد العينة حسب فئات العمر

فئات السن	ك	%
67-60	48	28.2
74-67	52	30.6
81-74	42	24.7
88-81	22	12.9
95-88	6	3.5
المجموع	170	100

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين توزيع المبحوثين حسب فئات السن، يتبين لنا أن أكبر نسبة من أفراد عينة بحثنا سنهم ينحصر في الفئة العمرية 67-74 سنة بنسبة 30.6%، تليها الفئة العمرية 60-67 سنة بنسبة 28.2%، وهذا مقابل نسبة قليلة من المبحوثين التي تتراوح أعمارهم ما بين 88-95 سنة (3.5%).

فالملاحظ من خلال ذلك أن أفراد عينة البحث تتمركز في الفئة 67-74 سنة، وذلك بمتوسط عمر يقدر بـ 72.81 سنة، والذي يوحي بدوره إلى أن الأشخاص لا يصلون فقط لسن الستين أو يتخطونها بسنوات قليلة فقط، بل أصبح بإمكانهم العيش مدة أطول قد تتجاوز التسعين من العمر، وهذا كله بفضل تحسن الحالة الصحية للسكان بصفة خاصة، والمستوى المعيشي بصفة عامة التي رفعت أمل الحياة عند الولادة لسكان الجزائر.



حيث يمكن أن تمر هذه الحياة أو يعيشوها بشكل أفضل إذا ما كان شريك حياتهم على قيد الحياة، من خلال ما يقدمه من دعم معنوي يجعله يمتص ضغوط الحياة المختلفة، وأيضا من خلال ما يوفره من الطمأنينة النفسية والابتعاد عن الوحدة والعزلة، والجدول التالي يبين الحالة المدنية لهؤلاء المبحوثين.

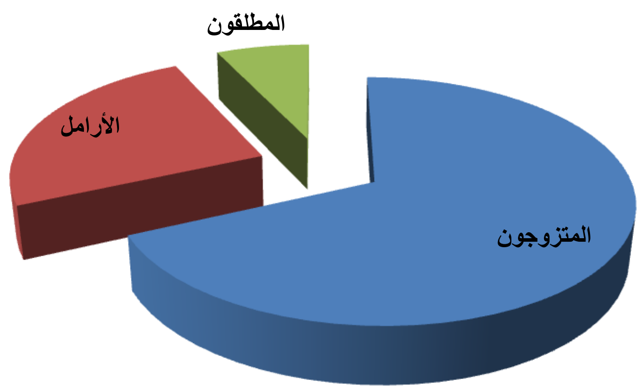
جدول رقم3: توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزواجية

الحالة الزواجية	ك	%
المتزوجون	116	68.2
الأرامل	42	24.7
المطلقون	12	7.1
المجموع	170	100

من خلال الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن نسبة 68.2% من المبحوثين هم متزوجون، ونسبة 24.7% أرامل، في حين نجد أن نسبة المطلقين تقدر بـ 7.1% فقط.

وهذا ما يبين أن نسبة كبيرة من المبحوثين يحظون بذلك السند الاجتماعي الذي يضمن لهم تقديم الرعاية بأحسن وجه، خاصة إذا كان الطرف الآخر يتمتع بصحة جيدة، وكذلك الدعم المعنوي من شريك الحياة الذي يبعده عن الأفكار التي قد تؤدي به إلى الشعور بالوحدة والعزلة، على عكس الأشخاص الذين فقدوا شريك حياتهم إما بالطلاق أو الترمل.

رسم بياني رقم2: دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزواجية لهم.



2-1 الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين.

وفي هذا المحور سوف نحاول التعرف على الخلفية الاجتماعية للمبحوثين بالتطرق على الطبيعة الغالبة لمنطقة سكنهم، والمستوى التعليمي لهم، ونمط الأسرة التي ينتمي إليها أغلب المبحوثين، وأيضا التطرق إلى الخلفية الاقتصادية المتمثلة في الحالة المهنية لهم، ومدى انخراطهم في الضمان الاجتماعي، ومدى امتلاك المبحوثين لدخل من عدمه.

1-2-1 الخصائص الاجتماعية للمبحوثين:

جدول رقم4: توزيع أفراد العينة حسب منطقة السكن.

منطقة السكن	ك	%
منطقة ريفية	53	31.2
منطقة حضرية	117	68.8
المجموع	170	100

يبين الجدول أعلاه أن أغلب أفراد العينة يقطنون في مناطق حضرية وذلك بنسبة 68.8%، مقابل 31.2% من الذين يقطنون في المناطق الريفية.

حيث أن هذا التوزيع حسب منطقة السكن لأفراد العينة يعكس طبيعة الميدان الذي أجري فيه البحث، والمتمثل في مدينة الجزائر العاصمة وما تتميز به أغلب بلدياتها، خاصة بلديات الوسط التي تم التركيز عليها أكثر تعرف بأنها ذات طابع حضري، وبعض البلديات التي تقع في أطرافها وما تتميز به من طابع ريفي.

جدول رقم5: توزيع أفراد العينة حسب نمط الأسرة.

نمط الأسرة	ك	%
أسرة نووية	97	57.1
أسرة ممتدة	73	42.9
المجموع	170	100

يتضح من الجدول الإحصائي المبين أعلاه أن أغلب المبحوثين يعيشون في أسرة نووية وذلك بنسب 57.1%، وهذا مقابل 42.9% من أفراد العينة يعيشون في أسرة ممتدة.

حيث يبين هذا التوزيع أن الأسر الخاصة بأفراد العينة الأكثر تناولا في هذا البحث هي الأسر النووية بعدد يقدر بـ 97 أسرة نووية. وهي تعكس نوعا ما اتجاه نمط الأسرة في المجتمع الجزائري، وخاصة في الوسط الحضري.

جدول رقم6: توزيع أفراد العينة حسب المستوي التعليمي

المستوى التعليمي	ك	%
أمي	97	57.1
ابتدائي	34	20
متوسط	12	7.1
ثانوي	17	10.0
جامعي	10	5.9
المجموع	170	100

أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي الذي يتمتع به أفراد العينة فإننا نلاحظ أن أغلب أفراد العينة لم يحظوا بفرصة التعلم ولذلك نجد أن نسبة 57.1% هم أميون، أي أن المنوال الذي يعبر على المستوى التعليمي الأكثر تكرارا هم أفراد هذه الفئة بعدد قدر بـ 97 مبحوث، وهذا مقابل نسبة 42.9% من المبحوثين الذين تمكنوا من الالتحاق بالمؤسسات التعليمية والوصول إلى مستويات مختلفة من التعليم، حيث نجد أن نسبة 20% من المبحوثين لديهم مستوى ابتدائي، ونسبة 10% منهم بلغوا مرحلة التعليم الثانوي فقط، في حين نجد أن القلة منهم من استطاع مواصلة الدراسة إلى المستوى الجامعي والتي قدرت نسبنهم بـ 5.9% فقط.

حيث أن هذه الصورة للمستوى التعليمي عند المسنين الذين يمثلون أفراد عينة البحث هذا، تعكس تلك الظروف التي عاشوها خاصة في السنوات الأولى من حياتهم في ظل الاستعمار الفرنسي، والذي سعى إلى نشر الجهل في أوساط الجزائريين

وحرمهم من الالتحاق بالمدارس والتعلم، فكان من بين مخلفاته نسبة الأمية الكبيرة في أوساط الشعب الجزائري.

حيث إذا ما عدنا إلى الجدول الثاني من خصائص العينة نجد أن العمر المتوسط الذي قدر بـ 73 سنة، الذي يعني بأن نصف المبحوثين سنهم أكبر من 73 سنة، فإن أي شخص في هذا السن قد ولد سنة 1938 أي قبل الاستقلال بـ 24 سنة، مما يدل على أن مرحلة طفولتهم قد عاشوها تحت قهر الاستعمار واستبداده.

1-2-2 الخصائص الاقتصادية للمبحوثين:

وفي هذا العنصر سوف نحاول إبراز أهم الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة من خلال عرض الجداول التالية:

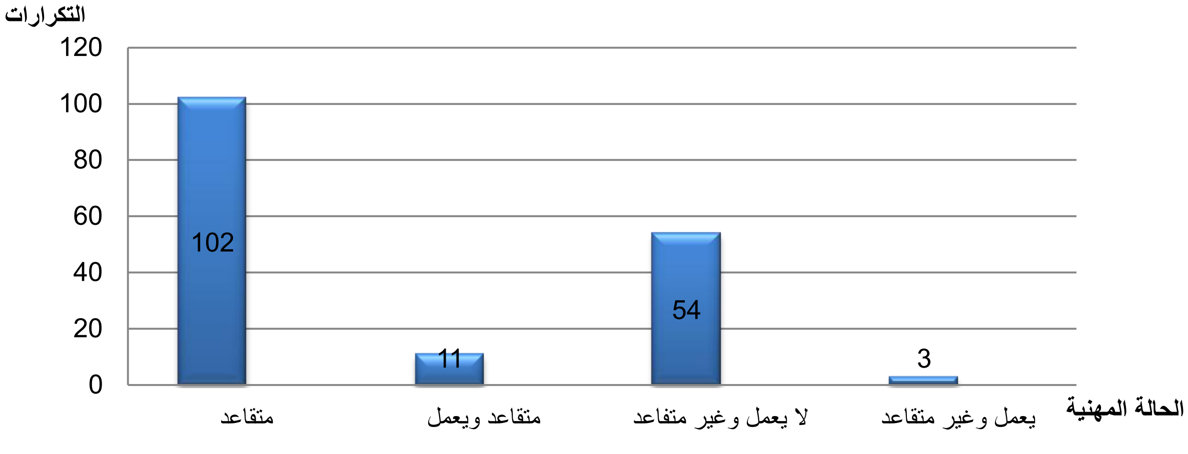
جدول رقم7: توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية.

الحالة المهنية	ك	%
متقاعد	102	60.0
متقاعد ويعمل	11	6.5
لا يعمل وغير متقاعد	54	31.8
يعمل وغير متقاعد	3	1.8
المجموع	170	100

من خلال الجدول المبين أعلاه، يتبين أن الفئة المنوالية بأكبر تكرار هي فئة المتقاعدين بنسبة 60% مقابل 31.8% من المبحوثين لا يعملون في الوقت الحالي ولا يستفيدون من منح التقاعد لأنهم لم يكونوا مؤَمَّنِين اجتماعيا، وتنتشر هذه الوضعية أكثر في أوساط النساء، في حين نجد أن نسبة 6.5% من المبحوثين رغم تقاعدهم واستفادتهم من منحة التقاعد إلا أنهم مازالوا يعملون بسبب عدم كفاية معاش التقاعد الذي يتقاضونه مقابل 1.8% من المبحوثين الذي مازالوا مستمرين في العمل بسبب عدم استفادتهم من تلك المنحة، أو امتلاكهم لأي دخل آخر.

فإذا كانت هذه الوضعية المهنية تمكننا من تصور الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها هؤلاء المبحوثين، فإن تلك النسبة الكبيرة من فئة المتقاعدين هي الأخرى تعكس لنا نسبة انخراطهم في الضمان الاجتماعي واستفادتهم من خدمات التأمين الصحي، والذي يبرزه الجدول التالي الذي يبين توزيع المبحوثين حسب انخراطهم في الضمان الاجتماعي من عدمه.

رسم بياني رقم3: أعمدة بيانية بسيطة تبين توزيع المبحوثين حسب الحالة المهنية.



جدول رقم8: توزيع أفراد العينة حسب الانخراط في الضمان الاجتماعي.

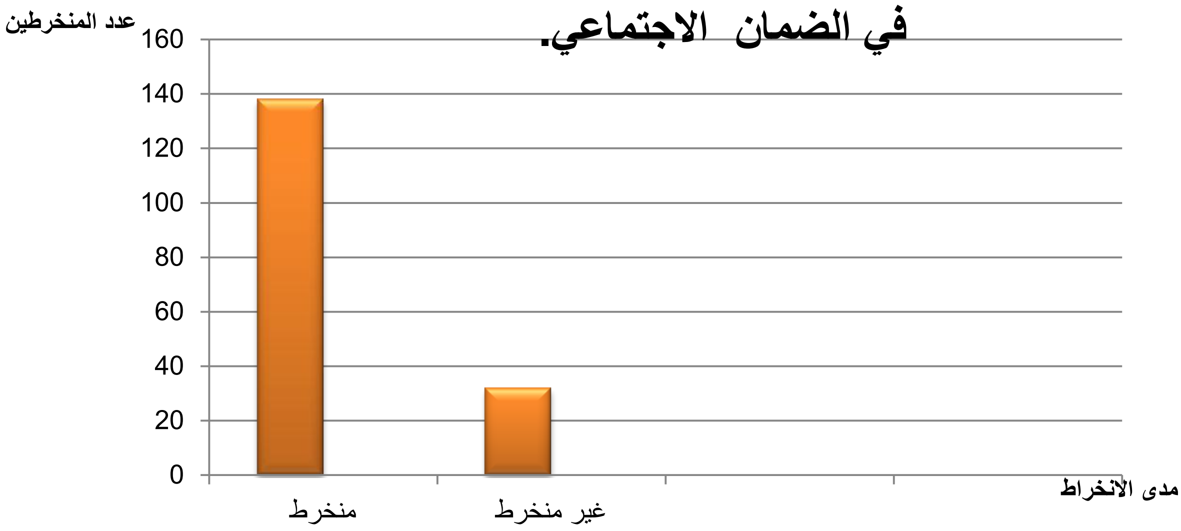
الانخراط	ك	%
منخرط	138	81.2
غير منخرط	32	18.8
المجموع	170	100

من خلال ملاحظة هذا الجدول نجد أن نسبة 81.2% من أفراد العينة يستفيدون من خدمات الضمان الاجتماعي مقابل نسبة 18.8% فقط من المبحوثين الذين لا يستفيدون من تلك الخدمات.

فرغم أن الاستفادة من هذه الخدمات ترجع بالدرجة الأولى إلى ذلك الاشتراك الذي يقوم به المسن في المدة التي قضاها في وسط الشغل، والتي تبقى سارية المفعول بعد التقاعد، فإننا نجد أيضا أن هناك فئات أخرى تستفيد من هذه الخدمة بطرق أخرى يضمنها القانون، كاستفادة الزوجة من تلك الخدمة عن طريق زوجها المؤمن على سبيل المثال، بالإضافة إلى حق الأشخاص المسنين المصابين بالأمراض المزمنة في التأمين الاجتماعي.

ونتيجة للدور الذي يلعبه التأمين الاجتماعي في تقليص المصاريف الموجهة للعلاج خاصة مع التعديلات الجديدة والتسهيلات في هذه الخدمة من خلال استحداث بطاقة الشفاء مثلا، فإن هذه الفئة غير المستفيدة ورغم قلتها في بحثنا هذا تبقى تواجه صعوبات وضغط في تغطية مصاريف العلاج، خاصة إذا كانت تعاني من أمراض مزمنة.

رسم بياني رقم4: أعمدة بيانية تبين مدى انخراط أفراد العينة في الضمان الاجتماعي.



جدول رقم9: توزيع أفراد العينة حسب امتلاكهم للدخل.

مدى امتلاكهم لدخل	ك	%
يملك دخل	140	82.4
لا يملك دخل	30	17.6
المجموع	170	100

كنا في الجدولين السابقين تطرقنا إلى الحالة المهنية ومدي استفادة المبحوثين من خدمات الضمان الاجتماعي، واللذين وضحا لنا الصورة وقرباها لنا فيما يخص مدى امتلاكهم لمداخيل شهرية من عدمه، حيث نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الفئة المنوالية تتعلق بتلك التي تملك دخلا بأكبر تكرار والمقدر بـ 140 مبحوث أي بنسبة 82.4% مقابل 17.6% منهم ليس لديهم أيّ دخل.

كما نلاحظ أن معظم هذه المداخيل مصدرها معاش التقاعد، وكما نعلم أن هذه المعاشات تخضع لطبيعة المهنة التي كان يمتهنها المسن، وأيضا للمدة التي قضاها في سوق الشغل، الأمر الذي يؤدي إلى تباين كبير في قيمتها من شخص لآخر، والتي قد نجد قيمتها أقل من الأجر القاعدي عند بعض الأشخاص.

3-1 الخصائص الصحية للمبحوثين.

من خلال هذا العنصر سوف نحاول التعرف على الحالة الصحية للمبحوثين، ومدى إصابتهم بالأمراض والمشاكل الصحية، ونوع هذه الأمراض التي يعانون منها.

جدول رقم10: توزيع أفراد العينة حسب رأي المبحوثين في حالتهم الصحية.

الحالة الصحية	ك	%
جيدة	32	18.8
حسنة	97	57.1
سيئة	41	24.1
المجموع	170	100

من خلال هذا الجدول الذي يبين توزيع المبحوثين حسب رأيهم في حالتهم الصحية؛ فإننا نلاحظ أن التكرار المنوالي لهذا التوزيع يتركز في فئة المسنين الذين يرون بأن حالتهم الصحية حسنة بنسبة 57.1% مقابل 24.1% من يرون بأن صحتهم سيئة، في حين قدرت نسبة المسنين الذين يرون بأنهم في صحة جيدة بـ 18.8% فقط.

إذا كان هذا التقييم الذاتي للمسنين فيما يخص حالتهم الصحية نابع من تلك الانعكاسات والآثار النفسية التي تفرضها طبيعة المرض؛ وما تؤدي به من شعور بالعجز والميل إلى الراحة والابتعاد عن دورة الحياة اليومية والمرح والعمل، وشروعه في أسلوب جديد أقل جاذبية كالتوقف عن الأشياء الممتعة كزيارة الأقارب والامتناع عن بعض الأطعمة والابتعاد عن المناسبات الاجتماعية، ويزيد هذا التقدير سوء مع اشتداد هذه الوضعية وزيادة تبعيته واعتماده على الآخرين، فإن توزيع نسب هذا التقييم الذاتي من طرف أفراد عينة بحثنا هذا هي أيضا تعكس نسبة إصابتهم بالأمراض، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم11: توزيع أفراد العينة حسب مدي إصابة المبحوثين بالأمراض والمشاكل الصحية.

مدى الإصابة بالأمراض	ك	%
مصاب	123	72.4
غير مصاب	47	27.6
المجموع	170	100

من خلال هذا الجدول الذي يبين مدى إصابة أفراد العينة بالأمراض والمشاكل الصحية يتضح أن الفئة المنوالية التي تحوز على أكبر تكرار هي فئة المسنين الذين يعانون من أمراض مختلفة بنسبة 72.4% من مجموع الكلي للعينة، مقابل 27.6% فقط من المبحوثين الذين يتمتعون بصحة جيدة وخالية من الأمراض.

فهذه النسبة من المبحوثين الذين يعانون من الأمراض؛ التي قدرت بأكثر من الثلثين من المسنين الذين يمثلون عينة البحث، تعكس حقا تلك الخصائص الصحية التي يتميز بها فئة العمر الثالث من السكان، حيث تزيد نسبة احتمال إصابتهم

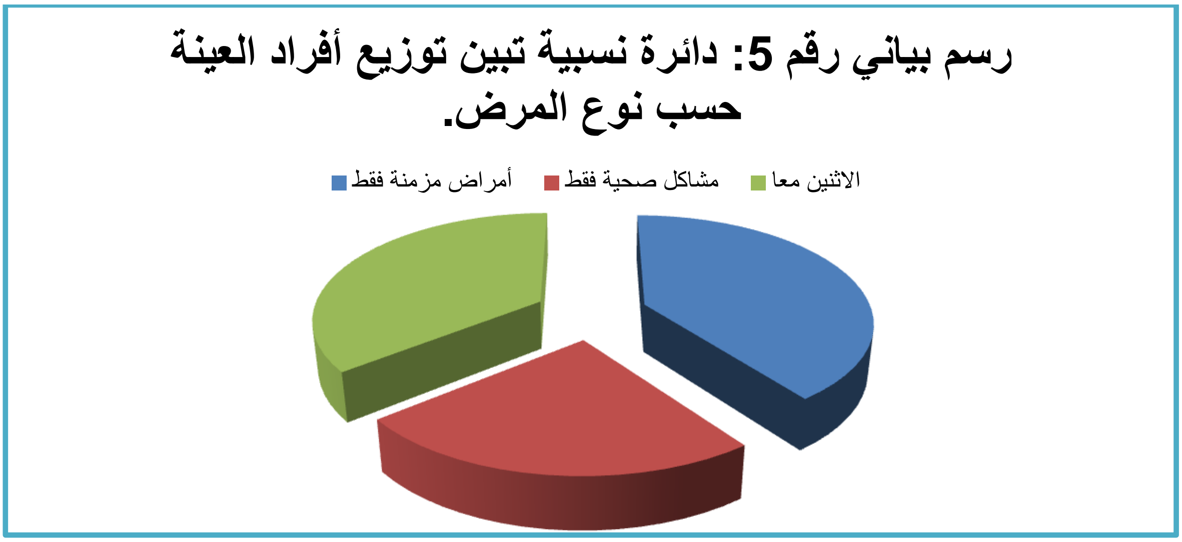
بالأمراض المختلفة خاصة المزمنة منها وذلك مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، وهذا ما سيوضحه الجدول التالي:

جدول رقم12: توزيع أفراد العينة حسب طبيعة الأمراض التي يعانون منها.

نوع الأمراض التي يعانون منها	ك	%
أمراض مزمنة فقط	49	39.8
أمراض مزمنة بالإضافة إلى مشاكل صحية	44	35.8
مشاكل صحية فقط	30	24.4
المجموع	123	100

يتضح من خلال هذا الجدول أن نسبة كبيرة من المسنين يعانون من الأمراض المزمنة؛ حيث نجد أن نسبة 39.8% من المبحوثين يعانون فقط من الأمراض المزمنة، وبنسبة 35.8% بالإضافة إلى اصابتهم بالأمراض المزمنة فإنهم أيضا يعانون من المشاكل الصحية التي تميز هذه المرحلة من العمر كهشاشة العظام وضعف البصر، وغيرها من المشاكل، أي في المجموع هناك نسبة 76.6% من المبحوثين يشتكون من الأمراض المزمنة مقابل 24.4% منهم لديهم مشاكل صحية فقط.

فهذا التوزيع للمبحوثين يبين تنوع وتعدد الأمراض والمشاكل الصحية التي تصيب المسن، والذي يغلب عليها طابع الأمراض المزمنة، كارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والشرايين، ومرض السكري، ومن أجل التوضيح أكثر في نوع هذه الأمراض ودرجة الاصابة بها لدينا الجدول التالي:



جدول رقم13: يبين نوع الأمراض المزمنة وطبيعة المشاكل الصحية التي يعاني منا المبحوثين.

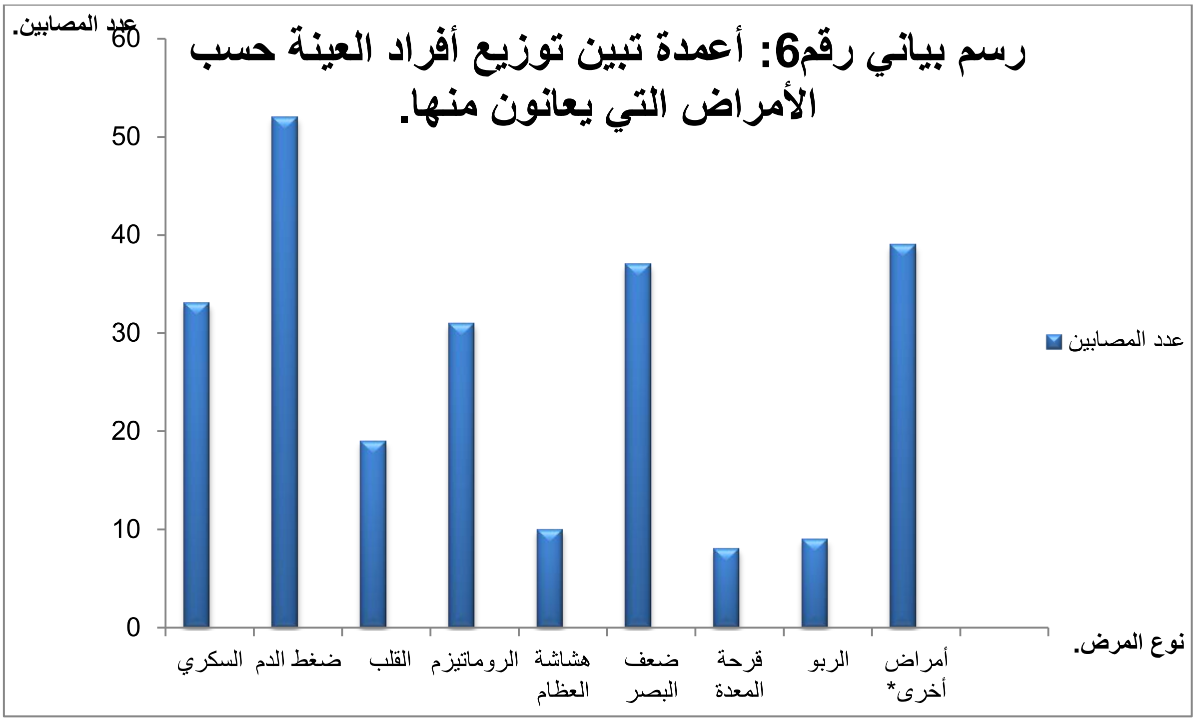
نوع الأمراض	ك	%**
السكري	33	26.8
ضغط الدم	52	42.3
القلب	19	15.4
الروماتيزم	31	25.2
هشاشة العظام	10	8.1
ضعف البصر	37	30.3
قرحة المعدة	8	6.5
الربو	9	7.3
أمراض أخرى*	39	31.7

من خلال الجدول المبين أعلاه الذي يظهر نسبة الاصابة ببعض الأمراض التي يعاني منها 123 مبحوث من مجموع أفراد العينة، حيث أننا نلاحظ فيما يخص الأمراض المزمنة؛ المرض الأكثر انتشارا في أوساط أفراد العينة هو مرض ضغط الدم بنسبة 42.3% من مجموع الأشخاص الذين يعانون من الأمراض، تليها نسبة 26.8% من المبحوثين الذين يعانون من مرض السكري مقابل 15.4% منهم يعانون من أمراض القلب والشرايين.

أما فيما يخص تلك المشاكل الصحية التي ترافق هذه المرحلة من العمر أو تزيد حدة الإصابة بها فإننا نلاحظ أن نسبة 30.3% من المبحوثين يعانون من ضعف البصر، تليها فئة المبحوثين الذين يعانون من هشاشة العظام بنسبة 8.1%، وهذا مقابل 6.5% منهم يعانون من قرحة المعدة.

وهذا مايوضحه الرسم البياني التالي:

* *- ملاحظة: تم تنسيب نوع المرض حسب عدد المصابين بالأمراض وهو 123 مصاب.
* - أمراض أخرى: البروستات، فقر الدم، القلق الحاد، إعاقة جسدية، سرطان الثدي، عجز الكلى، سلس البول، تضخم الغدة الدرقية، الحساسية الجلدية.



إذا كان هذا يبين توزيع نسب الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المبحوثين؛ فإننا أيضا نلاحظ أن معظمهم يعانون في الغالب من أكثر من مرض وهذا ما يوضحة الجدول التالي:

جدول رقم 14: توزيع أفراد العينة حسب عدد الأمراض والمشاكل الصحية التي يعانون منها.

عدد الأمراض	ك	%
1	48	39,0
2	43	35,0
3	21	17,1
4 فأكثر	11	8.9
المجموع	123	100

يتبين من خلال الجدول أعلاه؛ أنه مقابل 39.0% من المبحوثين الذين يعانون من مرض أو مشكل صحي واحد هناك نسبة 61% منهم يعانون أكثر من مرض مزمن أو مشكل صحي؛ حيث نجد أن 35% منهم مصابين بمرضين، وبنسبة 8.9% منهم لديهم أكثر من أربع أمراض.

ثانيا: تأثير الحالة الصحية للمسن على نوعية الرعاية الصحية المقدمة له

وفي هذا العنصر من هذا الفصل الذي يتضمن تحليل جداول الفرضية الأولى للبحث، التي مفادها:" التدهور في الحالة الصحية للمسن من خلال ارتفاع عدد الأمراض التي يعاني منها، وزيادة إصابته بالأمراض المزمنة يؤدي إلى التراجع في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له، بشقيها الوقائي والعلاجي." سوف نحاول إبراز نوع هذا التأثير الذي يمكن أن تلعبه الحالة الصحية للمسن على نوعية تلك الرعاية الصحية.

1-2 تأثير الحالة الصحية للمسن على رأيه في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

من خلال هذا المحور سوف نتطرق إلى رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها وإلى أي مدي يمكن لأن تتأثر بالخصائص الصحية التي تميز المسنين المشكلين لعينة بحثنا هذا، وهذا من حلال تحليل الجداول التالية:

جدول رقم15: علاقة مدى إصابة المسن بالأمراض برأيه في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

نوعية الرعاية / الإصابة بالأمراض	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مصاب	59	48.0	57	46.3	7	5.7	123	100
غير مصاب	26	55.3	20	42.6	1	2.1	47	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن نصف المبحوثين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية جيدة، مقابل 4.7% منهم صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية سيئة في فترة مرضهم، وذلك بعدم الاهتمام في توفير ما يلزم لشفائه، وإهمال خدمته.

كما أننا نلاحظ أن هذا الاتجاه العام لهذا الجدول قد تأثر بعد إدخال متغير مدى إصابة المبحوثين بالأمراض؛ حيث نجد أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة في فترة مرضهم هم الذين يتمتعون بصحة جيدة خالية من الأمراض التي تميز هذه المرحلة من العمر سواء كانت مشاكل صحية أو أمراض مزمنة وهذا بنسبة 55.3% مقابل نسبة 48% من الذين يعانون من الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية، في حين نجد أن 46.3% منهم صرحوا بأنهم تلقوا رعاية حسنة.

إذن ما يمكن قوله في هذه الحالة التي تبرز بأن رضا المسن على تلك الرعاية يزيد إذا كان هذا المسن يتعرض فقط من فترة إلى أخرى لبعض الأمراض ولا يعاني

في الأصل من أمراض مزمنة تبقى ملازمة له طول حياته، أي أن الرعاية التي تقدم للمسن في حالة إصابته بأمراض قابلة للشفاء، وخاصة إذا كان هؤلاء غير معرضين بدرجة كبيرة وبصفة متكررة للمرض تكون أفضل، ذلك أن هذه الأسر في هذه الحالة لا تحتاج إلى وقت كبير ولا إلى مصاريف كبيرة أيضا للتكفل بحالته الصحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المسن يقل اعتماده على أفراد الأسرة في تقديم تلك الرعاية.

ولذلك نلاحظ العكس عند المسنين الذين تبقى حالتهم الصحية تتميز بتعايشهم مع أمراض مزمنة غير قابلة للشفاء أو مشاكل صحية يطول الشفاء منها، فإن هذا الوضع ينعكس سلبا على الرعاية التي يتلقاها هؤلاء، خاصة إذا كانت هذه الأمراض تسبب له عجزا يلزمه الفراش، ما يدفعه إلى عدم تقبله فكرة الاعتماد على الآخرين لفترة طويلة من الزمن، أو ما يقابل ذلك أيضا إحساس الأسرة بالضغط سواء كان معنوي بسبب الوقت الذي يخصصونه لتقديم هذه الرعاية، كالحرص على التغذية الجيدة له وتقديم الدواء، والسهر على نظافته...إلخ، أو ضغطا ماديا من خلال كثرة المصاريف المخصصة للعلاج، مما قد يؤدي بهم في مرحلة معينة إلى التخلي أو إهمال رعاية هذا المسن؛ سواء من خلال تراجع تلك الرعاية المعنوية، أو تقليل المصاريف التي تدفع لعلاجهم.

أي أن نوع المرض وفترة المرض هي التي تؤثر سلبا على رأي المسن في تلك الرعاية، حيث تؤثر في بادئ الأمر على الجانب المعنوي لها، وربما ينتقل فيما بعد إلى الجانب المادي، وهذا ا يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم16: علاقة نوع المشاكل الصحية والأمراض بنوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

نوعية الرعاية / نوع الأمراض	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مشاكل صحية فقط	17	56.7	11	36.7	2	6.7	30	100
أمراض مزمنة فقط	23	46.9	24	49.0	2	4.1	49	100
الاثنين معا	19	43.2	22	50.0	3	6.8	44	100
المجموع	59	48.0	57	46.3	7	5.7	123	100

إذا كان الاتجاه العام لهذا الجدول يشير إلى أن حوالي نصف المبحوثين الذين يعانون من الأمراض (48%) صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة مقابل 5.7% من صرحوا بأنها سيئة.

فإنه عند إدخالنا لمتغير نوع المرض الذي يعاني منه هؤلاء وجدنا أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بتلقي تلك الرعاية الجيدة هم الذين يعانون من مشاكل صحية فقط؛ كقرحة المعدة، القولون، هشاشة العظام وذلك بنسبة 56.7% مقابل تراجع هذه النسبة إلى 43.2% ممن يتلقون هذا النوع من الرعاية عند المبحوثين الذين زيادة عن إصابتهم بالإمراض المزمنة يعانون من بعض المشاكل الصحية التي تميز هذه المرحلة من العمر كهشاشة العظام، ضعف النظر،...إلخ.

لنجد أن هذه الفئة من المبحوثين الذين يتميزون بهذه الحالة الصحية تتراجع درجة الرعاية التي يتلقونها، لتقدر نسبة الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية حسنة بـ 50%، وتتراجع إلى نسبة 36.7% من الذين يعانون من مشاكل صحية فقط.

إذن هذه النسب الخاصة بهذا الجدول تبين أن درجة رضا المسن على الرعاية الصحية التي يتلقاها من أفراد أسرته مرتبط بنوع الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المسنين؛ حيث نجد أن التقييم الجيد الذي يبديه هؤلاء لتلك الرعاية المقدمة لهم من أفراد أسرهم راجعة إلى كونهم يعانون من مشاكل صحية قابلة للشفاء وحتى وإن استغرقت وقتا طويلا لشفائها، والتي بدورها لا تحتاج إلى حرص كبير واهتمام أكثر من أفراد أسرته، وهذا عكس المسنين الذين بالإضافة إلى تلك المشاكل الصحية التي يعانون منها إصابتهم بأمراض مزمنة، خاصة إذا تعلق الأمر بمرض ضغط الدم والقلب، ومرض السكري، وما ينتج عنها من آثار نفسية كالقلق والتوتر، والتي تحتاج إلى رعاية خاصة، بإتباع جميع الإجراءات الوقائية؛ من خلال تلك الفحوص الدورية وتطبيق حمية غذائية والتي يجد كثير من المبحوثين صعوبة في تطبيقها أو الاستمرار فيها، وكذلك الإجراءات العلاجية من خلال المتابعة المستمرة لها ودون مماطلة وتوفير الدواء.

فهذه الإجراءات مع تكرارها في كل يوم ولفترة طويلة أو بصفة دائمة قد تعرض المسن وأسرته إلى الملل والإرهاق الذي قد ينعكس على نوعية تلك الخدمات، من خلال الإهمال واللامبالاة من طرف أفراد الأسرة، أومن طرف المسن بحد ذاته؛ خاصة إذا تعددت إصابته بالأمراض ليزيد بذلك عناء توفير الأدوية والحرص على تناولها، مشقة تقديم تلك الرعاية، وهذا ما سنحاول معرفته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم17: علاقة عدد الأمراض التي يعاني منها المسن بنوعية الرعاية المقدمة له.

نوعية الرعاية / عدد الأمراض	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
1	29	60.4	18	37.5	1	2.1	48	100
2	15	34.9	24	55.8	4	9.3	43	100
3	10	47.6	10	47.6	1	4.8	21	100
4 فأكثر	5	45.0	5	45.5	1	12.5	11	100
المجموع	59	48.0	57	46.3	7	5.7	123	100

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول إلى أن 48% من المبحوثين يتلقون رعاية صحية جيدة، مقارنة بـ 46.3% منهم يتلقون رعاية صحية حسنة.

كما أننا نجد أن درجة الحرص على تقديم هذه الرعاية تتأثر بعدد الأمراض التي تصيب المسن، حيث نجد أن المبحوثين الذين يعانون من مرض واحد هم أكثر المبحوثين الذين يتلقون رعاية جيدة بنسبة 60%، وتتراجع نسبتهم إلى 45% عندما يكونون مصابين بأكثر من أربع أمراض، في حين نجد أن نسبة 55.8% من الذين يعانون من مرضين يتلقون رعاية سيئة.

أي أن هذه النتائج لهذا الجدول تدعم ما سبقها من نتائج لتلك الجداول، أي أن تعرض المسنين للمرض لفترة طويلة أو دائمة، خاصة إذا كانوا يعانون من الأمراض المزمنة، وتعددت هذه الأمراض التي تصيبهم؛ هذا كله يؤثر سلبا على تلك الرعاية الصحية المقدمة لهم، ذلك أن تعدد هذه الأمراض وبالأخص إذا كانت كلها مزمنة قد تؤثر على الحالة النفسية له وبالتالي يصبح تقيمه سلبي لكل الأشياء التي حوله، حتى تلك الرعاية التي يقدمها له أفراد أسرته، وليست بالضرورة فقط أن يكون ذلك متعلقا بتراجع الأسرة في أداء أدوارها تجاه هذا المسن وتقديم الرعاية له.

أي أن ذلك التقييم غير الايجابي للرعاية الصحية، ينقسم إلى جانبين، فالأول يشمل تلك الحالة النفسية التي يعيشها المسن بسبب ضغط كثرة الأمراض على حالته النفسية التي تجعله غير راض حتى على نفسه، بسبب اعتماده على الآخرين، سواء من خلال القيام بشؤونه، أو توفير مصاريف العلاج له، والجانب الثاني يشمل الظروف المعيشية للأسرة، خاصة إذا كانت متدنية، والتي لها دور في تحديد تلك الإجراءات التي يقوم بها المسن من أجل تلقي الرعاية، التي سنتطرق إليها من خلال الفصول الآتية الخاصة بتحليل فرضيات البحث، والتي تدفعه إلى البحث عن حلول وسطى تضمن له تلقي قدر معين من الرعاية الصحية التي تتطلبها حالته الصحية دون أن تتأثر كثيرا بالجانب التي تعيشيه أسرته، وهذا ما سنحاول التعمق فيه أكثر من خلال الجداول التالية التي تعكس تلك الخدمات والإجراءات الصحية حسب

الحالة الصحية له، من خلال العنصر الموالي الذي يهتم بالرعاية الصحية من جانبها العلاجي.

2-2 تأثير الحالة الصحية للمسن على نوعية الرعاية الصحية العلاجية المقدمة له.

في هذا العنصر سوف نحاول إبراز أهم التأثيرات التي تلعبها الحالة الصحية في تحديد نوعية تلك الإجراءات العلاجية التي يجب أن يقوم بها المسن، لتلقي العلاج لتلك الأمراض التي يعاني منها، وهذا من خلال تحليل جداول المركبة التالية:

2-2-1 علاقة الحالة الصحية للمسن بطبيعة المتابعة الطبية لهذه الأمراض.

جدول رقم18: علاقة نوع الأمراض التي يعاني منها المسن بمدي المتابعة الطبية التي يقوم بها.

مدى المتابعة / نوع المرض	يتابع		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مشاكل صحية**	6	20.0	14	46.7	10	33.3	49	100
أمراض مزمنة	25	51.0	22	44.9	2	4.1	30	100
الاثنين معا	30	68.2	11	25.0	3	6.8	44	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12.2	123	100

إذا كان الاتجاه العام لهذا الجدول الذي يربط العلاقة بين الحالة الصحية للمسن ومدي المتابعة الصحية التي يقوم بها يوضح بأن حوالي نصف المبحوثين الذين يعانون من الأمراض(49.6%) يتابعون حالتهم الصحية بصفة مستمرة، تليها نسبة 38.2% منهم ليسوا حريصين على تلك المتابعة، مقابل نسبة 12.2%، من يعزفون على تلك المتابعة.

فإننا نجد أن نوع المرض الذي يعاني منه المسن دور في درجة الحرص على تلك المتابعة، حيث نلاحظ أن أغلب المسنين الذين يعانون من الأمراض المزمنة، خاصة مرض ضغط الدم ومرض السكري بالإضافة إلى مرض الربو، وأيضا المشاكل الصحية، التي نجد منها قرحة المعدة، القولون، هشاشة العظام*، وذلك بنسبة 68.2% يحرصون على القيام بالمتابعة الطبية بصفة دائمة، مقابل 20% فقط من المبحوثين الذين يعانون من المشاكل الصحية فقط، أي بفارق 48 نقطة.

أي أن العكس يحدث في حالة المبحوثين الذين ليسوا حريصين بما يكفي على متابعة حالتهم الصحية، حيث يكثر هذا الإهمال عند المبحوثين الذين يعانون من مشاكل صحية فقط بنسبة 46.7%، ليتخلوا عن تلك المتابعة بصفة نهائية بنسبة 33.3%.

** نقصد بالمشاكل الصحية تلك الأمراض القابلة للشفاء، أي لست مزمنة ولكنها تستغرق للشفاء، و تلك الأمراض التي تميز هذه المرحلة من العمر: كضعف النظر، هشاشة العظام، واستعملنا هذا المصطلح فقط لتفريق بين هذا النوع من الأمراض، وتلك الأمراض المزمنة

* أنظر الجدول رقم 13 من خصائص العينة، الذي يوضح توزيع المبحوثين حسب الأمراض التي يعانون منها.

في السابق كنا نعتقد بأن المسنين الذين يعانون من مجموعة من الأمراض منها المزمن ومنها العابر؛ هم الأكثر إهمالا لحالتهم الصحية بسبب تلك الإجراءات الصارمة التي تتطلبها، والتي قد تسبب للمسن حرجا وصعوبة في الاهتمام بعلاجها والمداومة عليها، وما قد يفرض عليه أيضا زيادة في المصاريف التي تخصص لتوفير العلاج اللازم لهذه الأمراض.

ولكن من خلال نتائج مقارنة نسب هذا الجدول فإنه على العكس، فقد وجدنا هذه الفئة بالتحديد الأكثر حرصا على القيام بتلك المتابعة الطبية والاستمرار في ذلك، وهذا قد يعود إلى طبيعة تلك الأمراض بحد ذاتها، أي أن إصابة المسن خاصة بالأمراض المزمنة التي نتائجها تكون خطيرة على حياته في حال إهمال متابعة تطورها، خاصة مرض ضغط الدم الذي نجد نسبة 42% من المبحوثين يعانون منه، يليه مرض السكري بنسبة 27%، ومرض القلب بنسبة 15%، أي أن المسن أمام هذه الأمراض تصبح تلك التكاليف التي ينفقها في العلاج لا تهمه رغم ارتفاعها، وهذا ربما ما يفسر أيضا أهمية أن يكون المسن أو أسرته دخل كافي يسمح بأن تكون تلك المتابعة أسهل وأيسر، أو أنه يلجأ إلى حلول مختلفة للتخفيف منها.

وهذا عكس المسنين الذين يعانون من تلك المشاكل الصحية فقط، منها هشاشة العظام بنسبة 8%، وقرحة المعدة بـ 7%، فإنهم لا يحرصون على تلك المتابعة، وفي كثير من الأحيان، لا يأبهون مطلقا لمتابعتها.

وربما ما يزيد من ذلك الحرص أكثر تعدد الأمراض التي تصيب هؤلاء المسنين، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم19: علاقة عدد الأمراض التي يعاني منها المسن بالمتابعة الطبية التي يقوم بها.

مدى المتابعة / عدد الأمراض	يتابع		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
1	18	37.5	22	45.8	8	16.7	48	100
2	20	46.5	18	41.9	5	11.6	43	100
3	13	61.9	6	28.6	2	9.5	21	100
4 فأكثر	10	90.9	1	9.1	–	–	11	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12.2	123*	100

يظهر من خلال الاتجاه العام أن نسبة معتبرة من المبحوثين حريصون على المتابعة الطبية للأمراض التي يعانون منها؛ وذلك بنسبة 49.6%، تليها نسبة 38.2% أقل حرصا، مقابل 12.2% منهم لا يقومون بهذا الإجراء مطلقا.

* يعود تقلص حجم العينة إلى 123 مبحوث يشملهم هذا الإجراء بسبب إصابتهم بالأمراض، ليبقى 47 من أفراد العينة يتميزون بصحة جيدة وغير معرضين بصفة كبيرة لتلك الأمراض العارضة.

لنجد أن درجة الحرص والإهمال لهذه المتابعة مرتبطة أيضا بعدد الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المبحوثين، حيث أنه إذا كان ارتفاع عدد الأمراض التي تصيب هؤلاء المسنين تزيد من درجة حرصهم على المتابعة الطبية المستمرة لتقدر أكبر نسبة لها بـ 90.9% عند المبحوثين المصابين بأكثر من أربع أمراض، وتنخفض إلى 37.5% عند الذين يعانون من مرض واحد فقط، فإنه يقابلها ارتفاع نسبة المسنين الذين لا يقومون في كثير من الأحيان بهذا الإجراء وذلك بنسبة 45.8% عند نفس الفئة من المبحوثين الذين يعانون من مرض واحد فقط، لنجد أن نسبة 16.7% منهم لا يقومون بهذا الإجراء.

أي ما يمكن استنتاجه من خلال ذلك أن ارتفاع عدد الأمراض التي يعاني منها المسن تجعله أكثر حرصا من غيره على متابعتها، ذلك أن تعددها يجعل منه معرضا أكثر لنوبات المرض والانتكاسات الصحية الناتجة عندها، وربما إهمالها وعدم متابعتها كل على حدا يعرض المسن لمضاعفات لا يحمد عقباها، أي أن زيادة عدد هذه الأمراض وخاصة إذا كانت مزمنة تزيد معها أيضا نسبة الخطر على حياة هؤلاء المسنين، ولذلك نلاحظ أنهم لا يتوانون على إتباع جميع إجراءات العلاج، وحتى الإجراءات الوقائية.

وربما أن للوضعية المادية لهم وتلك النفقات التي يجب أن تدفع لتوفير ذلك، وما يقابلها في كثير من الأحيان هذا الحرص والاستمرار في المتابعة الطبية تحدد لهم طبيعة القطاع الصحي الذي يتم التوجه إليه، وهذا ما سنحاول التطرق إليه في الجدول التالي:

2 2 2 علاقة الحالة الصحية للمسن بالقطاع الصحي الذي يتم فيه العلاج.

جدول رقم 20: علاقة كل من نوع الأمراض التي يعاني منها المسن وعددها بنوع القطاع الصحي التي تتم فيه المتابعة لحالته الصحية.

نوع القطاع الصحي		القطاع العمومي		القطاع الخاص		الجمع بين القطاعين		المجموع	
طبعة المرض	عدد الأمراض	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مشاكل صحية فقط	1	11	45.8	12	50.0	1	4.2	24	100
	2 فأكثر	14	60.8	5	21.7	4	17.5	23	100
	المجموع	25	53.2	17	36.2	5	10.6	47	100
أمراض مزمنة فقط	1	5	35.7	9	64.3	-	-	14	100
	2 فأكثر	4	66.7	2	33.3	-	-	6	100
	المجموع	9	45.0	11	55.0	-	-	20	100
الاثنين معا	2	9	52.9	6	35.3	2	11.8	17	100
	3 فأكثر	12	50.0	9	37.5	3	12.5	24	100
	المجموع	21	51.2	15	36.6	5	12.2	41	100
المجموع		55	50.9	43	39.8	10	9.3	108	100

من خلال الاتجاه العام لهذا الجدول الذي يوضح بأن نصف المبحوثين (50.9%) يتوجهون للقطاع الصحي العمومي للقيام بتلك المتابعة الطبية وإجراء الفحوص اللازمة، وبنسبة أقل قدرت بـ 39.8% منهم يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص.

وبعد إدخال متغير طبيعة أنواع الأمراض على هذا الأخير يتضح أن نسبة المبحوثين الذين يقبلون على القطاع الصحي العمومي تبقي مرتفعة سواء عند الذين يعانون من المشاكل الصحية فقط بنسبة 53.2%، أو عند المبحوثين الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة وبعض المشاكل الصحية بنسبة 51.2%، مقابل تراجع إقبال المسنين الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة فقط على هذا القطاع، ليزيد بذلك إقبالهم على القطاع الصحي الخاص بنسبة 55%.

إذن ما هو ملاحظ أن ذلك الحرص على المتابعة يتم أكثر في القطاع الصحي العمومي رغم وجود فارق طفيف لصالح الذين يعانون من المشاكل الصحية فقط، وما يفسر ذلك الاعتماد على هذا القطاع، هو محاولة هؤلاء المبحوثين كما قد رأينا سابقا التقليل من مصاريف هذه المتابعة، من أجرة الطبيب وبعض تكاليف التحاليل والأشعة التي في كثير ما يحتاج إليها المسن المصاب بالأمراض، وما يزيد من ذلك

كثرة وتنوع الأمراض التي يعاني منها مما يزيد من عدد الزيارات للطبيب التي هي الأخرى ترفع من قيمة تلك التكاليف.

وتبرز هذه العلاقة أكثر عندما أدخلنا متغير عدد الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المسنين، كمتغير رائز، حيث نلاحظ أن أغلب المبحوثين الذين يعانون من مرضين مزمنين أو أكثر يتوجهون إلى القطاع العمومي لتلقي العلاج وذلك بنسبة 66.7%، تليها نسبة 60.8% من المبحوثين الذين يعانون من مشكلين صحيين أو أكثر، لتقدر نسبة المبحوثين الذين بالإضافة إلى إصابتهم بإحدى الأمراض المزمنة يعانون أيضا من بعض المشاكل الصحية بـ 52.9% من يعانون من مرضين، وبنسبة 50% من يعانون من أكثر من 3 أمراض.

في حين نجد أن نسبة الإقبال على القطاع الصحي الخاص تزيد في حال كان المبحوثين يعانون من مرض واحد خاصة عند المبحوثين المصابين بمرض مزمن واحد بنسبة 64.3%، وتنخفض هذه النسبة إلى 37.5%عند المبحوثين الذين يعانون من أكثر من مرض مزمن ومشكل صحي.

أي ما يمكن استنتاجه من خلال هذا الجدول أن المسنين الذين يعانون من الأمراض خاصة الأمراض المزمنة يعتمدون بشكل كبير على القطاع الصحي العمومي في متابعتهم لحالتهم الصحية، ويعود السبب في ذلك سعي هؤلاء من خلال القيام بهذه الخطوة التخفيف من عبء النفقات التي تصرف لتوفير العلاج، بسبب الزيارات الطبية الكثيرة والمتكررة، ولو لجأ المسن للقطاع الصحي الخاص لوجد صعوبة في توفير تلك المصاريف، وهذا كله يبرز الوضع المعيشي الصعب لهؤلاء المسنين الذي يدفع بهم إلى الاستعانة بهذه الحلول، ليضمن بذلك المسنون حد معين من الرعاية الصحية.

كما أن الحالة الصحية للمسن وطبيعة الأمراض التي يعاني منها لها دور أيضا في تحديد طبيعة تخصص الطبيب، والذي يعكس هو الآخر نوعية تلك الرعاية التي يتلقاها المسن، وهذا ما يظهره الجدول التالي:

جدول رقم21: علاقة نوع الأمراض التي ينعاني منها المبحوثين وعددها بتخصص الطبيب المعالج.

تخصص الطبيب		طبيب عام		طبيب مختص		المجموع	
نوع المرض	عدد الأمراض	ك	%	ك	%	ك	%
مشاكل صحية فقط	1	5	20.8	19	79.2	24	100
	2 فأكثر	9	39.1	14	60.9	23	100
	المجموع	14	29.8	33	70.2	47	100
أمراض مزمنة فقط	1	3	21.4	11	78.6	14	100
	2 فأكثر	3	50.0	3	50.0	6	100
	المجموع	6	30.0	14	70.0	20	100
الاثنين معا	2	5	29.4	12	س70.6	17	100
	3 فأكثر	9	37.5	15	62.5	24	100
	المجموع	14	34.1	27	65.9	41	100
المجموع		34	31.5	74	68.5	108	100

يشير الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن أغلب المبحوثين يتوجهون إلى أطباء مختصين لإجراء الفحوصات بنسبة 68.5%، مقابل 31.5% منهم يتابعون حالتهم الصحية عند أطباء عامين.

كما أننا نجد أن تخصص الطبيب الذي يتم التوجه إليه تحدده طبيعة الأمراض التي يشتكي منها هؤلاء المسنين، حيث نجد أن المبحوثين الذين يعانون من مشاكل صحية فقط أو أمراض مزمنة فقط هم أكثر إقبالا على المتابعة عند طبيب مختص بنسبة 70.2%، 70.6% على التوالي، مقابل نسبة 65.9% من المبحوثين الذين حالتهم الصحية تتميز بإصابتهم ببغض الأمراض المزمنة وبعض المشاكل الصحية أيضا؛ كقرحة المعدة، والحساسية الجلدية، وهشاشة العظام.

ولهذا نلاحظ بقاء نسبة معتبرة من المسنين الذين يتميزون بهذه الحالة الصحية المتدهورة، التي تميزها مجموعة من الأمراض والتي تحتاج إلى اهتمام أكبر من ناحية تقديم العلاج والمقدرة بـ 34.1%، مقابل نسبة 29.8% فقط من الذين لديهم مشاكل صحية فقط.

أي ما يمكن قوله في هذه الحالة أنه رغم الحرص الكبير الذي يوليه المبحوثين في الاهتمام بحالتهم الصحية من خلال حرصهم على المتابعة عند طبيب مختص، إلا أنه يبقى لنوع وطبيعة المرض دور وتأثير على قرار التوجه إلى الطبيب المختص، التي تكون أكثر عند المصابين بالمشاكل الصحية ثم المصابين بإحدى الأمراض المزمنة

فقط، وقد يعود في الحقيقة ذلك إلى عدد الأمراض التي تصيب هذه الفئة من المسنين أي أن نادرا ما يعانون من أكثر من مرض، وهذه الحالة تنقص له عبء المتابعة عند مجموعة من الأطباء المختصين، حسب كل مرض من تلك الأمراض، وهذا عكس فئة المبحوثين الذين يعانون من كلى هذين النوعين من الأمراض(أمراض مزمنة، ومشاكل صحية) التي تدفعه إلى التوجه في الطبيب العام ليجنب نفسه عناء ومشقة المتابعة عند أكثر من طبيب مختص.

ولتوضيح ذلك أكثر فقد أدخلنا على العلاقة الأولى متغير عدد الأمراض التي تميز كل فئة من فئات المتغير المستقل الأول، حيث نلاحظ أن أغلب المبحوثين الذين يقبلون على المتابعة الطبية عند طبيب مختص هم المبحوثين الذين يعانون من مرض واحد مهما كان نوعه، وذلك بنسبة 79.2% لمن لهم مشكل صحي واحد، وبنسبة 78.6% عند المبحوثين الذين يعانون من مرض مزمن واحد، تليها وبنسبة أقل قدرت بـ 70.6% عند المبحوثين الذين يعانون من مرضين من فئة المبحوثين الذين يعانون من أمراض مزمنة ومشاكل صحية معا، وهذا مقابل تراجعها عند المبحوثين الذين يعانون من أكثر من مرض حيث قدرت أصغر نسبة عند فئة المبحوثين الذين يعانون من أكثر من مرض مزمن بنسبة 50%.

في حين نجد أنه مقابل هذا التراجع في نسبة الإقبال على المتابعة عند الأطباء المختصين، زيادة نسبة اللجوء إلى الأطباء العامين، وذلك بنسب 50% عند المبحوثين الذين يعانون أكثر من مرض مزمن، وبنسبة أقل تقدر بـ 39.1% لمن يعانون من مشكلين صحيين أو أكثر.

أي ما يمكن استنتاجه من خلال هذا الجدول أنه رغم الحرص والاهتمام الكبير الذي يوليه المسنون لحالتهم الصحية من خلال التوجه إلى أطباء مختصين كل حسب المرض الذي يعاني منه، يبقى لنوع المرض وطبيعته دور في تحديد ذلك التوجه، ويصبح هذا الدور أكثر تأثيرا بتدخل عامل تعدد تلك الأمراض التي يعاني منها هؤلاء، ليصبح المسن في هذه الحالة يواجه صعوبة من نوع آخر يتدخل فيها-كما ذكرنا- نوع وعدد الأمراض التي يعاني منها المسن في هذه المرحلة من العمر، في تحديد جزء من الإجراءات العلاجية، والتي تضاف إلى الصعوبات الأخرى المتعلقة بالجانب المادي الذي في كثير من الأحيان تنقص من نوعية تلك الخدمات الصحية التي يحتاجها المسن.

هذا فيما يخص نوعية تلك الإجراءات التي يقبل عليها المسن، ومن خلال الجداول التالية سوف نحاول معرفة درجة المسارعة إلى القيام بتلك الإجراءات.

جدول رقم22: علاقة مدي مسارعة المبحوثين في الذهاب إلى الطبيب بمدى أصابتهم بالأمراض ونوع العلاج الذي يعتمد عليه هؤلاء عند المرض.

المسارعة إلى الطبيب.		يذهب مباشرة		يتأخر في الذهاب		المجموع.	
مدى الإصابة.	نوع العلاج المفضل	ك	%	ك	%	ك	%
مصاب بالأمراض	تقليدي	10	41.7	14	58.3	24	100
	حديث	54	78.3	15	21.7	69	100
	الجمع بينها	11	36.7	19	63.3	30	100
	المجموع	75	61.0	48	39.0	123	100
غير مصاب.	تقليدي	1	14.3	6	85.7	7	100
	حديث	15	83.3	3	16.7	18	100
	الجمع بينها	4	18.2	18	81.8	22	100
	المجموع	20	42.6	27	57.4	47	100
المجموع		95	55.9	75	44.1	170	100

يظهر من خلال الاتجاه العام لهذا الجدول أن أكثر من نصف المبحوثين يتوجهون مباشرة إلى الطبيب لتلقي العلاج دون مماطلة بنسبة 55.9%، مقابل 44.1% من يؤخرون ذهابهم إلى الطبيب، والتي يقف وراء هذا السلوك عدّة أسباب وخصائص تميز هؤلاء المبحوثين.

حيث نجد من بين تلك العوامل أو الأسباب التي تتحكم في ذلك، تلك الحالة الصحية التي يتميز بها عينة بحثنا، وهذا من خلال تلك النسب الناتجة عن تقاطع هذين المغيرين، لنجد أن أغلب المبحوثين الذين يعانون من أمراض مزمنة أو مشاكل صحية يطول الشفاء منها يتوجهون مباشرة إلى الطبيب ودون مماطلة بنسبة 61%، مقابل نسبة 42.6% فقط من الذين يتميزون بصحة جيدة ونادرا ما يكونون عرضة إلى المرض، أي أن نسبة 57.4% منهم يؤخرون ذهابهم للطبيب وإجراء الفحوصات اللازمة.

إذن من خلال ذلك نلاحظ أن زيادة تأزم الحالة الصحية بالنسبة للمبحوثين الذين يعانون من الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية، وخاصة إذا تعددت، تجعل المسن أكثر حرصا على التوجه مباشرة إلى الطبيب؛ ذلك أن هذه الأمراض خاصة المزمن منها تكون نتائج التعرض لتلك النوبات والمضاعفات الناتجة عنها ذات خطر على صحة المسن، كارتفاع ضغط الدم، أو ارتفاع السكر في الدم، وهذا عكس المبحوثين الذين نادرا ما يصابون بأمراض عابرة، كالزكام الموسمي، أو مشاكل الصحية

الأخرى، خاصة المتعلقة بالجهاز الهضمي، والتي لا تشكل مضاعفات خطيرة على حياتهم فإنهم لا يكونون مهتمين بما يكفي لحالتهم الصحية.

وقد يزيد هذا التأثير أكثر على درجة الإقبال على التوجه مباشرة إلى الطبيب درجة تفضيل هؤلاء المبحوثين لنوع معين من العلاج بسبب الظروف المعيشية التي يتميزون بها، ويظهر ذلك عند إدخالنا لمتغير نوع العلاج المتبع على العلاقة الأولى للجدول المبين أعلاه، حيث نلاحظ أن أغلب المبحوثين الذي تزيد مسارعتهم للذهاب إلى الطبيب هم الذين يفضلون العلاج بالطريقة الحديثة ويثقون فيها، وتكون أكثر عند المبحوثين الذين يتمتعون بصحة جيدة ولا يعانون من أي مرض بنسبة 83.3%، وبنسبة 78.3% عند المبحوثين الذين يعانون من الأمراض، وهذا مقابل تراجع درجة المسارعة للذهاب إلى الطبيب كلما زاد اعتمادهم على الطريقة التقليدية خاصة عند المبحوثين الذين يعانون من الأمراض بنسبة 41.7%، مقابل 14.3% فقط من الذين يتمتعون بصحة جيدة.

حيث نلاحظ أنه بعد إدخال هذا المتغير على العلاقة الأولى قد تغير اتجاهها جزئيا، هذا الجزء هو المتعلق بالمسارعة إلى الطبيب، فبعدما كانت الحالة الصحية المتدهورة للمسنين بسبب إصابتهم بالأمراض المختلفة تدفعهم أكثر إلى المسارعة إلى الطبيب لتلقي العلاج اللازم، فهذا المتغير المتمثل في نوع العلاج المفضل إتباعه عند هؤلاء رجح الكفة إلى صالح المبحوثين الذين نادرا ما يصابون بالأمراض، ذلك أن المسن الذي يعاني من تلك الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية المصاحبة لهذه المرحلة، ولكثرة تلك المتابعة الصحية لتلك الأمراض تجعلهم يحسون بالملل وبالعبء في الاستمرار، وخاصة إذا تميز هذا العلاج والأدوية التي توصف له بعدم نجاعتهما، الأمر الذي يدفعه إلى تجريب الطريقة التقليدية، والتي يراها بأنها لا تكلفه شيء.

وهذا مقابل بقاء الجزء الآخر المتعلق بتأخير الذهاب إلى الطبيب يحافظ على نفس الاتجاه الأول ولكن زادت شدته؛ خاصة عند المبحوثين الذين يتمتعون بصحة خالية من الأمراض، حيث نجد أن أغلب المبحوثين لهذه الفئة الذين يفضلون الطريقة التقليدية هم الذين يؤخرون ذهابهم إلى الطبيب بنسبة 85.7%، وبنسبة 81.8% منهم يمزجون بين الطريقتين، وهذا مقابل نسبة 58.3% عند المبحوثين الذين يعانون من الأمراض.

أي ما يمكن استنتاجه في هذه الحالة أنه رغم الاهتمام الذي يوليه المسنون لحالتهم الصحية من خلال المسارعة إلى الطبيب وتكون أكثر عند المسنين الذين يعانون من الأمراض، فإنه يبقى للطريقة ونوع العلاج الذي يفضله المسن دور في درجة المسارعة في الذهاب إلى الطبيب، وإذا كان المسنين الذين يفضلون ويثقون في الطرق الحديثة للعلاج تجعلهم أكثر حرصا في التوجه إلى الطبيب دون مماطلة، فإن

تفضيل الطرق التقليدية وخاصة إذا أتيحت لهم فرصة استعمالها وكانت ثقتهم فيها كبيرة واستغراقهم وقتا لتجريبها، أو مزجها بالطريقة الحديثة من خلال استعماله ما يوجد من أدوية في البيت أو اقتنائها من الصيدلية دون استشارة الطبيب، وهذا طبعا إما لعدم قدرته إلى توفير مصاريف العلاج، أو أنه لا يحب الذهاب إلى الطبيب ولا يثق في الطريقة الحديثة بسبب تجارب سابقة مر بها، تجعل ذهابه إلى الطبيب متأخرا وهذا بعد أن يكون قد انتهى من محاولة تجريب الطريقة التقليدية دون نتيجة تذكر.

كما أننا نلاحظ أنه رغم تركيز المسن على الطرق الحديثة والتوجه مباشرة إلى الطبيب لتلقي العلاج اللازم وهذا نظرا لطبيعة الأمراض التي يعاني منها هؤلاء، فإنه تبقى فئة من المسنين يعتمدون في علاجهم على الطريقة التقليدية والتي يلجأ إليها أولا، وإذا لم تكن لها نتائج تذكر ينتقل إلى الطرق الحديثة، والتي نجدها تنتشر في أوساط المسنين الذين يتعرضون من فترة إلى أخرى إلى أمراض عابرة.

وللتوضيح أكثر درجة تفضيل طريقة معينة بنوع المرض الذي يعاني منه هؤلاء، لدينا الجدول التالي:

جدول رقم23: علاقة نوع الأمراض التي يعاني منها المسن بطريقة العلاج المتبعة.

طريقة العلاج / نوع الأمراض	طريقة تقليدية		طريقة حديثة		الجمع بين الطريقتين		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مشاكل صحية فقط	8	16.3	27	55.1	14	28.6	49	100
أمراض مزمنة فقط	10	33.3	16	53.3	4	13.3	30	100
الاثنين معا	7	15.9	25	56.8	12	27.3	44	100
المجموع	25	20.3	68	55.3	30	24.4	123	100

من خلال الاتجاه العام لهذا الجدول يتضح أن أكثر من نصف المبحوثين الذين يعانون من الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية وبنسبة 55.3% يفضلون في علاجهم الأمراض التي تصيبهم الطريقة الحديثة و يعتمدون عليها، مقابل 20.3% منهم يفضلون الطرق التقليدية.

وعند إدخالنا لمتغير نوع وطبيعة المرض الذي يعاني منه هؤلاء، تبين أن أغلب المبحوثين الذين يتبعون الطرق الحديثة في العلاج تبقى نسبتهم مرتفعة بغض النظر عن نوع المرض الذي يعانون منه، حيث نسبتهم تقدر بـ 56.8% من المبحوثين الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة وأيضا إحدى المشاكل الصحية، تليها نسبة 55.1% من الذين يعانون من إحدى المشاكل الصحية، وبنسبة 53.3% من المصابين بإحدى الأمراض المزمنة.

في حين نجد أن المبحوثين الذين يعتمدون على المزج بين الطريقتين(التقليدي والحديث)، ترتفع نسبتهم عند المصابين بإحدى المشاكل الصحية بـ 28.6%، وبنسبة 27.3% عند المصابين بإحدى الأمراض المزمنة تضاف إليها إحدى المشاكل الصحية، في حين تنخفض هذه النسبة إلى 13.3% إذا تلعق الأمر بالمبحوثين الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة فقط.

فما هو ملاحظ من خلال نتائج هذا الجدول أن المسنين الذين يمثلون أفراد عينتنا يقبلون أكثر على الطريقة الحديثة في العلاج وهذا نظرا لطبيعة الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المسنين، والتي تزيد أكثر إذا تعلق الأمر بالمسنين الذين تتعقد حالتهم الصحية من خلال بإصابتهم بالأمراض المزمنة والمشاكل الصحية معا.

وخلاصة القول فيما يخص هذا المحور الذي يشمل بعض الإجراءات العلاجية التي من المفروض أن يقوم بها أو يستفيد منها المسن لكي يتلقى رعاية صحية ذات نوعية، والتي اتضح لنا من خلال الجداول المركبة التي ضمها هذا العنصر؛ أن أغلب المسنين يتابعون حالتهم الصحية، وما يزيد هذا الحرص نوع الأمراض التي تتميز بأنها مزمنة، بالإضافة إلى تعدد الإصابة بها (إصابة المسن بأكثر من مرض).

ولكننا نجد أن المسنين يعتمدون أكثر على القطاع الصحي العمومي، وهذا بغية تخيف مصاريف العلاج، نظرا لتعدد الأمراض التي يعانون منها- كما سبق وأن أشرنا- ليزيد الإقبال على القطاع الصحي الخاص عند المبحوثين الذين يعانون من مرض واحد فقط.

وكذلك بالنسبة لتخصص الطبيب التي تتم عنده المتابعة، فرغم أن أغلب المبحوثين الذين يعانون من الأمراض ويقومون بالتابعة الطبية لها يختارون طبيبا مختصا في تلك الأمراض، إلا أن زيادة عدد الأمراض التي يعاني منها هؤلاء يودي إلى تراجع الإقبال على المتابعة عند الأطباء المختصين.

وقبل القيام بهذه الإجراءات فإنه يسبقها تلك الخطوة المتعلقة بالمسارعة في الذهاب إلى الطبيب والتي تزيد أكثر عند المبحوثين الذين يعانون من جملة من الأمراض منها المزمن ومنها ما هو متعلق بهذه المرحلة من العمر، كهشاشة العظام وضعف النظر، لنجد في المقابل أن المسنين الذين يعتمدون في بادئ الأمر على العلاج التقليدي لتلك الأمراض التي يعاني منها تؤخر ذهابهم إلى الطبيب وإجراء الفحوصات اللازمة.

وبغية مواصلة سعينا لمعرفة أهم إجراءات الرعاية الصحية التي يجب أن توفر للمسن أمام هذه الخصائص الصحية التي يتميز بها، فإننا في العنصر التالي سوف

نسلط الضوء على بعض الإجراءات الوقائية ومدى تجاوبها ومطابقتها إلى احتياجات المسن في هذا الجانب.

2-3 تأثير الحالة الصحية للمسن على نوعية الرعاية الصحية الوقائية المقدمة له.

في هذا العنصر سوف نحاول إبراز درجة تأثير الحالة الصحية التي تميز هؤلاء المبحوثين على درجة الإقبال على تطيق بعض الإجراءات الوقائية، التي حددناها هنا بأهم إجراءين؛ والمتمثلان في الفحص الطبي الدوري، والحمية الغذائية، ولذلك استعنا بالجداول المركبة التالية:

2-3-1 علاقة الحالة الصحية للمسن بإجراء الفحص الطبي السنوي على صحته.

جدول رقم24: علاقة مدي إصابة المسن بالأمراض بمدى إقباله على إجراء الفحص الطبي الدوري.

إجراء الفحص / مدى الإصابة بالأمراض	يقوم بالفحص		أحيانا		لا يقوم بالفحص		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مصاب بالأمراض	64	52.0	24	19.5	35	28.5	123	100
غير مصاب	21	44.7	12	25.5	14	29.8	47	100
المجموع	85	50.0	36	21.2	49	28.8	170	100

من خلال الاتجاه العام لهذا الجدول يظهر بأن نصف المبحوثين (50%) يقومون بالفحص الطبي الدوري لتفقد الحالة الصحية لهم، في حين نجد أن النصف الآخر نسبة 28.8% منهم لم يقوموا بهذا الإجراء ولا مرة في هذه المرحلة من العمر، مقابل 21.2% يقومون بهذا الإجراء في حالة اضطرارهم لفعل ذلك.

كما أننا وجدنا بأن هذا الاتجاه العام لهذا الجدول الذي يعبر على درجة الإقبال على إجراء هذا الفحص قد تأثر بعد إدخالنا لمتغير الحالة الصحية التي يتميز بها هؤلاء؛ حيث وجدنا أن المبحوثين الأكثر إقبالا على إجراء هذا الفحص هم الذين يعانون من الأمراض والمشاكل الصحية وذلك بنسبة 52%، مقابل نسبة 44.7% من الذين لا يعانون من تلك الأمراض والمشاكل الصحية، لنجد أن نسبة 25.5% منهم أيضا ليسوا حريصين بما يكفي لإجراء هذا الفحص.

أما فيما يخص المبحوثين الذين يهملون بصفة نهائية هذا الفحص لا يتأثر بالحالة الصحية لهؤلاء المبحوثين؛ حيث نجد أن نسبة 29.8% منهم يتمتعون بصحة خالية من الأمراض، ونسبة 28.5% من الذين يعانون من الأمراض والمشاكل الصحية .

وما يمكن استنتاجه من خلال نتائج هذا الجدول الذي يبرز إنه إذا كان للحالة الصحية للمبحوثين دور في درجة الإقبال على إجراء الفحص الطبي الروتيني؛ والتي نجدها ترتفع عند المبحوثين الذي يعانون من الأمراض؛ منها المزمن ومنها

من ما هو مصاحب لهذه المرحلة من العمر أو تزيد نسبة الإصابة به في هذه المرحلة، أي أن هذا الحرص على إجراء هذا الفحص سببه هو متابعة تطور تلك الأمراض التي يعاني منها هؤلاء للحد من مضاعفاتها السلبية والخطيرة على صحتهم، أي أنه يستعمل كإجراء تكميلي للعلاج الذي يتّبعه، وليس كإجراء وقائي لتفقد حالته الصحية من فترة إلى أخرى حتى وإن كان يتمتع بصحة جيدة.

وبالمقابل فإن المبحوثين الذين لا يولون اهتماما لهذا الفحص الطبي ولا يقومون به، بغض النظر عن حالته الصحية التي يتميزون بها، إذا كان يفسر هذا الأمر بالنسبة للمبحوثين الذين لا يعانون من الأمراض بأنهم لا يرون ضرورة لهذا الإجراء ماداموا أنهم يتمتعون بصحة جيدة، بسبب عدم وعيهم بأهميته وفائدته وكذلك دوره في كشف بعض الأمراض التي يمكن أن يكون هؤلاء يعانون منها وهم يجهلون ذلك، فإن ما يفسر هذا عند المبحوثين الذين يشتكون من بعض الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية، بالإضافة إلى السبب الأخير الذي ذكرناه، هو أنهم لا يرون ضرورة لهذا الإجراء فيما يخص بعض الأمراض التي يعانون منها، نظرا لطبيعتها التي يرون أنها لا تحتاج لهذا، ويكتفون فقط بالتوجه إلى الطبيب للعلاج عندما يتأزم الوضع، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم25: علاقة نوع الأمراض التي يعاني منها المسن وعددها بمدي الإقبال على الفحص الطبيب.

الفحص الطبي		يقوم بالفحص		أحيانا		لا يقوم به		المجموع	
نوع المرض	عدد الأمراض	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مشاكل صحية	1	18	75.0	2	8.3	4	16.7	24	100
	2	10	40.0	8	32.0	7	28	25	100
	المجموع	28	57.1	10	20.4	11	22.4	49	100
أمراض مزمنة	1	7	31.8	5	22.7	10	45.5	22	100
	2	3	37.5	–	–	5	62.5	8	100
	المجموع	10	33.3	5	16.7	15	50.0	30	100
الاثنين معا	2	10	55.6	4	22.2	4	22.2	18	100
	3	16	61.6	5	19.2	5	19.2	26	100
	المجموع	26	59.1	9	20.5	9	20.5	44	100
المجموع		64	52.0	24	19.5	35	28.5	123	100

يُظهر الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن أكثر من نصف المبحوثين (52%) الذين يعانون من الأمراض والمشاكل الصحية يقومون بالفحص، مقابل نسبة 28.5% منهم لا يقومون بهذا الإجراء.

وعند ربط ذلك بطبيعة الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المبحوثين، وجدنا أن أغلب الذين يحرصون على هذا الفحص بنسبة 59.1% هم من الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة وأيضا إحدى المشاكل الصحية، تليها نسبة 57.1% من المبحوثين الذين يعانون من أحد المشاكل الصحية فقط، في حين نجد العكس عند المبحوثين الذين يعانون من أحدى الأمراض المزمنة(السكري، ضغط الدم، القلب،...) أن 50% منهم لا يقومون بهذا الأجراء، مقابل 20.5% من الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة وأحد المشاكل الصحية معا.

إذن ما هو ملاحظ من خلال تلك النسب أن الفئة الأكثر اهتماما لأمر هذا الإجراء هم المبحوثين الذين بالإضافة إلى إصابتهم بأحد الأمراض المزمنة يشتكون أيضا من أحد المشاكل الصحية (قرحة المعدة، الحساسية الجلدية، هشاشة العظام)، في حين نجد أن المبحوثين الذين يعانون من إحدى الأمراض المزمنة فقط، مما يسفر بأنه ليس فقط لنمط الأمراض وطبيعتها دخل في تحديد درجة الإقبال، بل أيضا لعدد الأمراض التي يعاني منها هؤلاء، وهذا ما يظهر عند إدخالنا لمتغير عدد الأمراض كمتغير رائز.

حيث نلاحظ أن إذا كان العكس عند الذين يعانون من المشاكل الصحية فقط التي تزيد عندهم نسبة الإقبال على إجراء الفحص الطبي عندما تقل عدد الأمراض عندهم وذلك بنسبة 75%، فإن الأمر يختلف عند المبحوثين الذين يعانون من أحد الأمراض المزمنة فقط أو مع أحد المشاكل الصحية حيث تزيد نسبة الإقبال على إجراء الفحص أكثر عندما يزيد عندهم عدد الأمراض التي تصيبهم، وذلك بنسبة 61.6% عند المبحوثين الذين يعانون من أكثر من ثلاثة أمراض منها المزمن ومنها ما هو عبارة عن مشاكل صحية، وبنسبة 37.5% من الذين يعانون من مرضين مزمنين أو أكثر، مقابل 31.8% منهم يعانون من مرض واحد فقط.

وما يمكن استنتاجه في الأخير أن هذا الفحص الطبي الروتيني قلما يستعمل كإجراء وقائي من طرف المسنين والذي يعود إلى عدم وعيهم بأهمية هذا الإجراء، والمتعلق أساسا بالثقافة الصحية المكتسبة في هذا الجانب، ولهذا نلاحظ أنه قلما يهتم المسن بحالته الصحية باتخاذ هذه الإجراءات الوقائية، ويلجأ إليه فقط في حالة الإصابة بالمرض، ويزيد هذا الحرص حسب تأزم الحالة وليس حسب طبيعة المرض فقط.

أما من خلال الجداول التالية سوف نحاول معرفة درجة الإقبال على الإجراء الوقائي الثاني المتمثل في الحمية الغذائية.

2-3-1 علاقة الحالة الصحية للمسن بالحمية الغذائية المقدمة له.

جدول رقم26: علاقة مدى إصابة المسن بالأمراض بتطبيق الحمية الغذائية.

تطبيق الحمية / مدى الإصابة بالمرض	يقوم بذلك		أحيانا		لا يقوم بذلك		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مصاب بالأمراض	51	41.5	32	26.0	40	32.5	123	100
غير مصاب	15	31.9	10	21.3	22	46.8	47	100
المجموع	66	38.8	42	24.7	62	36.5	170	100

من خلال الجدول المبين أعلاه يتضح أن الاتجاه العام له يشير إلى 38.8% من المبحوثين يقومون بإتباع حمية غذائية، وهي قريبة من نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بذلك والمقدرة بـ 36.5%.

وعند ربط درجة الحرص على إتباع هذه الحمية بالحالة الصحية للمبحوثين، فإننا نلاحظ أن المبحوثين المصابين بأحد الأمراض التي وجدنا أفراد عينتنا يعانون منها (منها المزمن ومنها العابر) أكثر إقبالا على إتباع الحمية الغذائية بنسبة 41.5%، مقابل نسبة 31.9% من الذين يتمتعون بحالة صحية جيدة مقارنة الفئة الأخرى، لنجد أن إهمالهم وعدم تطبيقهم لهذه الحمية بنسبة 46.8%، مقابل انخفاضها 32.5% عند المبحوثين الذين يعانون من الأمراض.

فالحالة الصحية للمسن من خلال هذا الجدول نجدها تلعب دورا في التأثير على مدى الإقبال على إتباع هذا النوع من الإجراءات الوقائية والمتمثلة في الحمية الغذائية، أي أن هذا الإقبال لا يكون إلا بعد ما أن تتدهور الحالة الصحية للمسن وإصابته بالمرض، وهذا قصد الاستعانة بهذا الإجراء من أجل تسهيل عملية الشفاء إذا تلق الأمر بالمشاكل الصحية والمتمثلة أساسا بالنسبة لعينة بحثنا في قرحة المعدة، أيضا القولون، والتي تتطلب تطبيق هذه الحمية من خلال الابتعاد عن بعض المواد الغذائية التي قد تزيد من تدهور الحالة الصحية وتأخير العلاج، أو يصبح العلاج غير مجدي إذا لم تطبق هذه الحمية، أو من خلال ضرورة الحرص على تناول بعض المواد الغذائية كما هو الحال بالنسبة للمسنين الذين يعانون من هشاشة العظام، الذي يكون فيها المسن بحاجة إلى تناول كمية لازمة من الحليب ومشتقات لتوفير كمية من الكالسيوم التي يحتاجها الجسم.

أو الاستعانة بها من أجل التخفيف من المضاعفات والنوبات التي تنجم خاصة عن بعض الأمراض المزمنة؛ منها ضغط الدم ومرض السكري، والقلب، والتي تطلب الابتعاد عن بعض المواد الغذائية التي تزيد الأمر تأزما، كالابتعاد عن المواد التي تحتوي على نسب كبيرة من السكر في حالة مرض السكري، أو التقليل من الملح في

الطعام، أو الابتعاد عن المواد التي تحوي نسبة كبيرة من الدهون (الزيت، اللحم؛خاصة الذي يشتمل على نسبة كبيرة من الدهون، ...إلخ).

وأمام هذا الإقبال على الحمية الغذائية في حالة المرض، فإنه يقابلها العكس بالنسبة للمسنين الذين لا يشتكون من الأمراض إلا في بعض الأحيان، فإن هذا الإهمال لهذا الإجراء عند هذه الفئة يبرز تلك المعلومات المحدودة عند المسن أو أسرته حول الإجراءات التي يمكن أن يحافظ من خلالها على صحة جيدة وخالية من الأمراض في هذه المرحلة من العمر.

ومن خلال الجدول التالي سوف نفصل أكثر في مدى إتباع هذا الأجراء حسب نوع المرض.

جدول رقم27: علاقة نوع الأمراض التي يعاني منها المسن بمدى تطبيقه للحمية الغذائية.

تطبيق الحمية / نوع الأمراض	يقوم بذلك		أحيانا		لا يقوم بذلك		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مرض السكري	18	54.5	13	39.4	2	6.1	33	100
ضغط الدم	26	50.0	16	30.8	10	19.2	52	100
القلب	11	57.9	4	21.1	4	21.4	19	100
هشاشة العظام	2	20.0	3	30.0	5	50.0	10	100
قرحة المعدة	4	50.0	2	25.0	2	25.0	8	100
أمراض أخري	11	28.2	11	28.2	17	43.6	39	100
المجموع	72	44.7	49	30.5	40	24.8	161 *	100

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن نسب 44.7% من المبحوثين الذين يعانون من الأمراض يتبعون حمية غذائية التي تحتاجها حالتهم الصحية بصفة مستمرة، مقابل 24.8% من الذين لا يقومون بذلك رغم ضرورة إتباعها.

وعند إدخالنا لمتغير نوع المرض الذي يعاني منه هؤلاء، وجدنا أن المبحوثين الأكثر حرصا على إتباع هذه الحمية الغذائية هم الذين يعانون من مرض القلب بنسبة 57.9%، تليها فئة المبحوثين الذين يعانون من السكري بنسبة 54.5%، وهذا مقابل انخفاضها عند المبحوثين الذين يعانون من مشكل هشاشة العظام إلى نسبة 20%، وبنسبة 28.2% عند الذين يعانون من إحدى المشاكل الصحية المختلفة، منها قرحة القولون، والكلسترول، أو مشكل في الكلي.

* من المفروض أن هناك 123 مبحوث يعانون من بعض الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية، ولكن في هذا الجدول نجد المجموع يقدر بـ 161، أي تضخم العينة بسبب إصابة بعض المسنين بأكثر من مرض(تعدد الإصابة بالأمراض).

لنجد أن المبحوثين الذين يتخلون عن تطبيق الحمية الغذائية تتركز في فئة المبحوثين الذين يعانون مشكل هشاشة العظام بنسبة 50%، مقابل 6.1% فقط من المبحوثين المصابين بمرض السكري.

وهذه النسب تبين مدى الحرص عند بعض المبحوثين دون غيرهم على إتباع الحمية الغذائية، خاصة الذين يعانون من الأمراض المزمنة المتمثلة في مرض القلب بالدرجة الأولى، يأتي بعده داء السكري، وارتفاع ضغط الدم، لتبقى فئات الأمراض الأخرى تتبع هذا النوع من الإجراءات حسب الضرورة التي تفرضها عليهم تلك الحالة الصحية لهم.

إذن ما يمكن استنتاجه من هذا المحور أن درجة الإقبال على الإجراءات الوقائية، والمتمثلة هنا بالفحص الطبي الدوري والحمية الغذائية، من طرف المسنين الذين يمثلون أفراد عينتنا، تبقى أيضا متعلقة بالحالة الصحية للمسن، وذلك من خلال ما لحظناه من إقبال للمسنين الذين يعانون من أمراض على استعمال هذين الإجراءين، ويزيد هذا الحرص أكثر بالنسبة للمسنين الذين يعانون من أمراض مزمنة ذات نتائج أخطر على حياتهم، أي أن هذه الإجراءات تبقى تستعمل كأدوات مراقبة لتطور المرض، أو تكميلية للعلاج.

استنتاج الفرضية الأولى:

من خلال تحليل جداول هذه الفرضية وفق المحاور الثلاثة لها، قصد معرفة مدى تأثير الحالة الصحية للمسن على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، توصلنا إلى النتائج التالية:

❖ فيما يخص المحور الأول؛ رغم أننا نجد تلك النسبة المعتبرة(50%) من المسنين الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة من أفراد أسرهم، إلا أن هذا الأمر يبقى مرتبطا أكثر بالحالة الصحية الجيدة لهؤلاء المسنين وذلك بنسبة 55%، في حين يتراجع هذا النوع من الرعاية عند المسنين الذين يعانون من الأمراض، وعندما تتبعنا هذه الفئة من المبحوثين وجدنا أن ذلك التقييم يعود في الأساس لطبيعة الأمراض التي يعانون منها وخاصة إذا تعددت؛ حيث نجد أن المسنين الذين يعانون من أكثر من مرض مزمن وترافقها أيضا إحدى المشاكل الصحية التي يزيد التعرض للإصابة بها في هذه المرحلة من العمر يكون رضاهم أقل عن تلك الرعاية المقدمة لهم.

ذلك أن هذه الحالة الصحية التي تتميز بالتدهور وكثرة الإصابة بالأمراض والتي تضطرهم إلى التعايش معها طيلة هذه المرحلة العمرية وما تتطلبه من رعاية مستمرة ودائمة؛ والتي تصبح تشكل لهذا المسن نوعا من الضغوط النفسية ولأفراد أسرته، والتي تنعكس على طبيعة التفاعل والعلاقات التي تجمع بينهما وبالتالي على عملية تقديم الرعاية التي يحتاجها، وعدم الاهتمام به وخدمته؛ كإهمال نظافته خاصة إذا كان عاجزا، وإهمال تقديم تغذية صحية، وسوء معاملته في فترة مرضه ...إلخ، ويصبح ينظر إليه نظرة الشخص المعال والذي لا فائدة ترجى منه، أي أنه ليس بالضرورة أن يتوقف هذا الإهمال بالتخلي عن تلك المتابعة الطبية أو تقليل ذلك بسبب الضغوط المادية لكثرة المصاريف التي تدفع لتوفير رعاية جيدة.

أي أن الحالة الصحية المتدهورة للمسن وكثرة إصابته بالأمراض خاصة المزمنة منها والتي تؤدي إلى عدم رضاه على تلك الرعاية؛ ليست بالضرورة سببها تلك الضغوط التي تمارسها متابعة هذه الحالة الصحية والذي يظهر جزء منها من خلال العنصر الموالي الخاص بنوعية الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها هؤلاء، والتي في كثير من الأحيان يجد لها المسن حلولا ليتخطاها.

❖ ويظهر من خلال هذا العنصر أن الحالة الصحية لهؤلاء المسنين الذين يعانون من الأمراض على عكس ما كنا نتوقع فقد وجدنا أنها تدفعهم أكثر للقيام بتلك الإجراءات العلاجية، حيث نجدهم أكثر مسارعة في الذهاب إلى الطبيب وذلك بنسبة

61%، وبالتالي هم أكثر حرصا على المتابعة الطبية المستمرة لتلك الأمراض بنسبة 50%، ويزيد هذا الحرص أكثر كلما زاد عدد الأمراض التي يعانون منها، والتي تبرز خاصة في فئة المسنين المصابين بالأمراض المزمنة وببعض المشاكل الصحية معا، كما أن هذه المتابعة تتم عند أطباء مختصين بنسبة 61%، ولكن نلاحظ أن هذه النسبة تتراجع عند المسنين الذين تكثر إصابتهم بالأمراض المزمنة بسبب الصعوبة التي تواجه المسن في المتابعة عند أكثر من طبيب مختص، أي أنه إذا كان لطبيعة المرض دور في الإقبال على المتابعة عند أطباء مختصين فإن كثرة عددها يصبح عائقا لذلك.

وبهذا نلاحظ أن المسنين يحرصون على إتباع الطرق الحديثة للعلاج بنسبة 55% وتراجع استعمالهم لتلك الطرق التقليدية، خاصة إذا وجدوا سهولة في ذلك من خلال توفر المصاريف اللازمة لهذا النوع من العلاج، لتبقى فئة منهم التي تفضل النوع الآخر للعلاج نظرا للظروف المادية المزرية لهم أو أنهم يكرهون الذهاب إلى الطبيب، وفي كثير من الأحيان استعمالها أو تجريبها في بداية المرض دون أن تكون لها نتائج فعالة تزيد فقط من تأخرهم في اتخاذ قرار التوجه إلى الطبيب وشراء الأدوية اللازمة.

أي أن طبيعة الأمراض التي تصيب المسن في هذه المرحلة، والتي تكون في الغالب مزمنة خاصة ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، وداء السكري التي تحتاج إلى رعاية واهتمام كبيرين نظرا للنتائج الخطيرة على حياة المسن لو أهمل ذلك، هي التي تدفعهم إلى القيام بتلك الإجراءات العلاجية الضرورية ودون تأخير.

ولكن من جهة أخرى نلاحظ أن كثرة الإصابة بهذا النوع من الأمراض والحرص الدائم على متابعة تطورها يوجه بنسبة كبيرة اختيار المسن لطبيعة القطاع الصحي التي تتم فيه هذه المتابعة حيث يصبح هؤلاء المسنين يعتمدون بدرجة كبيرة على القطاع الصحي العمومي، بنسبة 50%، وهذا قصد التخفيف والتقليل من كثرة المصاريف التي تدفع لتوفير العلاج نتيجة استمرار ومداومة المتابعة الطبية لتلك الأمراض خاصة إذا زاد عددها.

أي ما يمكن استنتاجه من هذا العنصر أن تأزم الحالة الصحية لهؤلاء المسنين تدفعهم أكثر إلى متابعتها والقيام بالعلاج اللازم بإتباع جميع الإجراءات المتعلقة بذلك، وهذا نظرا لطبيعة الأمراض التي يعانون منها(وهي في الغالب مزمنة، بالإضافة إلى تعدد الإصابة بها)، ولكن ما يضمن هذا الاستمرار تلك الطرق التي يتبعها المسن من أجل تقليل المصاريف من خلال لجوئه إلى المتابعة في القطاع الصحي العمومي، وبذلك تنخفض قيمة تكاليف العلاج؛ كأجرة الطبيب ومستحقات

بعض التحاليل الطبية والأشعة التي كان سيدفعها المسن لو توجه إلى القطاع الخاص.

❖ كما أننا نستنتج من المحور الثالث لهذه الفرضية؛ أن تلك الإجراءات الوقائية المتمثلة هنا في الفحص الطبي الدوري، والحمية الغذائية، تبقى مرتبطة أيضا بالحالة الصحية التي يتميز بها أغلب المبحوثين(نسبة 72% منهم يعانون من بعض الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية).

حيث نجد أن الحرص على القيام بأول إجراء وقائي والمتمثل في الفحص الطبي يزيد عند المسنين الذين يشتكون من أحد الأمراض المزمنة وبعض المشاكل الصحية وذلك بنسبة 59%، أي ارتفاع عدد الأمراض وتنوع طبيعتها هو الذي يدفع بالمسنين أن يكونوا أكثر حرصا على القيام بهذا الفحص، وهذا يؤكد بأن استعماله يكون كإجراء تكميلي للعلاج الذي يتلقاه هؤلاء المسنين المرضى، وليس كإجراء وقائي نابع من ذلك الوعي بأهميته في الكشف على بعض الأمراض في وقت مبكر، والمتعلق أساسا بالثقافة الصحية المكتسبة في هذا الجانب، ولهذا نلاحظ أنه قلما يهتم المسن بحالته الصحية باتخاذ هذه الإجراءات الوقائية خاصة إذا كان يتمتع بصحة جيدة، ويلجأ إليه فقط في حالة الإصابة بالمرض.

أما فيما يخص درجة الإقبال على تطبيق الحمية الغذائية من خلال التخلي عن تناول بعض المواد الغذائية أو التقليل منها في هذه المرحلة العمرية، وذلك كل حسب حالته الصحية، تبقى ضئيلة مقارنة بالإقبال على الفحص الطبي، والتي قدرت بـ 38% من مجموع المبحوثين، وبنسبة 41% من المبحوثين الذين يعانون من بعض الأمراض والمشاكل الصحية، خاصة فئة المبحوثين الذين يعانون من أمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، وداء السكري، مقارنة بالفئات الأخرى من للأمراض.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: تأثير المستوي المعيشي لأسرة المسن على نوع الرعاية المقدمة للمسن.

وبما أنه من بين أهداف البحث هذا هو معرفة جملة من العوامل والظروف التي تأثر في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن، فإنه من بين تلك العوامل التي ارتأينا تسليط الضوء عليها في هذا الفصل هو المستوى المعيشي لأسرة المسن والذي حددناه في بحثنا هذا بقيمة الدخل الشهري للأسرة، ونوع المسكن وعدد الغرف في المنزل الذي يقيم فيه المسن مع أفراد أسرته، وكذا ملكية هذا المسكن، بالإضافة إلى التجهيزات التي يحتويها، من أجل معرفة العلاقة التي تربط كل تلك الظروف بنوعية الرعاية الصحية بأشكالها المختلفة التي يتلقاها، سواءً كانت وقائية أو علاجية، خاصة أننا قد وجدنا في الفصل السابق من خلال المحور الخاص بالرعاية الصحية العلاجية؛ أن كثرة الزيارات إلى الطبيب تدفعهم في كثير من الأحيان إلى متابعة الأمراض التي يعانون منها في القطاع الصحي العمومي، لتجنب كثرة النفقات العلاجية.

أي أن هذا الفصل يعكس محتوى الفرضية الثانية التي مفادها: " سوء وتدهور المستوى المعيشي للأسرة يؤدي إلى تدهور وسوء الرعاية الصحية بشقيها العلاجي والوقائي"، كما أنه من أجل تسهيل عملية تحليل العلاقات بين المتغير التابع والمتغير المستقل لهذه الفرضية فقد قمنا بتقسيمها إلى ثلاث محاور أساسية هي:

أولا: تأثير المستوى المعيشي على رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

ثانيا: تأثير المستوي المعيشي في تحديد نوعية الرعاية الصحية العلاجية المقدمة للمسن.

ثالثا: تأثير المستوى المعيشي في تحديد نوعية الرعاية الصحية الوقائية المقدمة للمسن.

أولا: تأثير المستوى المعيشي للأسرة على رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

في هذا العنصر من تحليل الفرضية الأولى سوف نتطرق إلى رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها من طرف أفراد أسرته من خلال تأثير الوضعية المادية للأسرة وكذلك ظروف السكن والتجهيزات التي يتوفر عليها.

1-1 علاقة الوضعية المادية للأسرة برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له:

هذا العنصر الذي ارتأينا حصره في قيمة الدخل الشهري للأسرة، وعدد التجهيزات التي يتوفر عليها مسكن أسرة المسن، وملكية المسكن واللذان بدورهما يعكسان الوضعية الاقتصادية للأسرة.

جدول رقم28: علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

نوعية الرعاية / قيمة الدخل الشهري	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	21	38.2	29	52.7	5	9.1	55	100
15000-25000	21	47.7	20	45.5	3	6.8	44	100
25000-35000	12	60	8	40	-	-	20	100
35000-45000	14	60.9	9	39.1	-	-	23	100
45000 فأكثر	17	60.7	11	39.3	-	-	28	100
المجموع	85	50	77	45.3	8	4.7	170	100

يشير الاتجاه العام للجدول أن نصف المبحثين(50%) صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة من طرف أفراد أسرهم، وبنسبة 45.3% من يرون بأنها حسنة، مقابل 4.7% فقط من يرون أنها سيئة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في قيمة دخل الأسرة من أجل معرفة علاقته بدرجة التكفل بالمبحوث ونوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها من أسرته، وجدنا أن الأشخاص المسنين الذين قيمة الدخل الشهري لأسرهم تتراوح مابين 35000-45000 دينار يتلقون رعاية جيدة بنسبة 60.9%، وبنسبة 60.7% من قيمه الدخل الشهري لأسرهم تقدر بـ45000 دينار فأكثر مقابل 38.2% من دخل أسرهم أقل من الأجر القاعدي (15000 دينار)، في حين نلاحظ العكس عند المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية حسنة من أفراد أسرهم حيث ترتفع لتقدر بـ 52.7% عند المبحوثين الذين دخل أسرهم أقل من 15000 دينار، وتتناقص نسبة هذا النوع من الرعاية التي يتلقاها المسن كلما زادت قيمة الدخل للأسرة لتقدر بـ 39.3% عند فئة

الدخل 45000 دينار فأكثر، حيث تبقى الوضعية تحافظ على نفس الاتجاه عند المبحوثين الذين يتلقون رعاية سيئة ليختفي هذا النوع من الرعاية عند الأسر التي لديها مداخيل مرتفعة أو متوسطة لتبرز عند الأسر التي تكون مداخيلها متدنية وتقل عن الأجر القاعدي حيث قدرت نسبتهم بـ 9.1%.

ومن خلال كل ذلك نلاحظ أنه كلما ارتفع دخل الأسرة كلما كانت الرعاية التي يتلقاها المسن جيدة والعكس صحيح، وما يؤكد تلك العلاقة الطردية بين الرعاية الموجهة للمبحوث و قيمة الدخل الشهري للأسرة قيمة معامل التوافق الذي قدر بـ (0.26)، والذي يدل على وجود علاقة طردية حتى وإن كانت منخفضة.

حتى وإن كانت العلاقة التي تربط بين المتغيرين منخفضة فإنها تبرز دور وقيمة الدخل الشهري للأسرة في تحديد حجم النفقات المتعلقة بالعلاج، وطبيعة تلك الهياكل الصحية التي يتوجه إليها إذا تعلق الأمر بالرعاية الصحية العلاجية، كما يحدد تلك السلوكات في استهلاك المواد الغذائية ونوعيتها، إذا تعلق الأمر بالرعاية الصحية الوقائية، حيث يصبح المسن يشكل عبئا على أفراد الأسر التي دخلها متدني، وربما يزيد ذلك العبء بزيادة عدد الأمراض التي يعاني منها المبحوث التي تزيد من نسبة الاستهلاك في هذا المجال(الزيارات المتكررة والكثيرة للطبيب) وخاصة إذا كان التوجه إلى القطاع الخاص لتلقي تلك الرعاية الصحية العلاجية، يضاف إليها غلاء الأدوية وما يقابلها ربما أيضا عدم وجود تأمين صحي لهؤلاء المبحوثين وعدم وجود من يقوم بالمساعدة المادية لتخفيف ذلك العبء.

وبالرغم من كل هذا فإنه لا يمكن حصر وقياس درجة الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن من طرف أفراد أسرته بقيمة الدخل الشهري للأسرة فقط، ذلك أن المستوى المعيشي لا يمكن قياسه بالدخل الشهري فقط ، بل أيضا من خلال تلك التجهيزات التي يتوفر عليها المسكن والتي تنعكس على نوعية الحياة بجعلها أكثر سهولة، وأكثر راحة، يضاف إليها نوع المسكن وطبيعته وظروفه، وأيضا حجم الغرف التي يحتويها.

ولذلك في الجداول التالية سوف نحاول أن نفصل في هذه الظروف ومدى تأثيرها على نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن لتدعيم تلك العلاقة القائمة بين الدخل الشهري ونوعية تلك الرعاية.

جدول رقم29: علاقة عدد تجهيزات المنزل بنوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن.

نوعية الرعاية / عدد التجهيزات	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
3-0	4	40	6	60	-	-	10	100
7-4	38	42.2	46	51.1	6	6.7	90	100
11-8	43	61.4	25	35.7	2	2.9	70	100
المجموع	85	50	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال الجدول المبين أعلاه الذي يشير اتجاهه العام إلى أن نسبة 50% من المبحوثين يتلقون رعاية جيدة مقابل 4.7% فقط ممن يتلقون رعاية سيئة.

وعند ربط العلاقة بين عدد التجهيزات التي تملكها الأسرة ونوعية الرعاية الصحية المقدمة للمبحوث، نلاحظ أن نسبة 61.4% من المبحوثين الذين يتلقون رعاية جيدة تملك أسرهم أكثر من 8 تجهيزات وهذا مقابل 40% منهم من لدى أسرهم مابين 0-3 تجهيزات، في حين نلاحظ العكس بأن المبحوثين الذين تملك أسرهم أقل من ثلاث تجهيزات يتلقون رعاية حسنة بنسبة 60% مقابل 35.7% فقط من المبحوثين الذين لدى أسرهم ما بين 8-11 تجهيز ضروري وترفيهي.

ومن خلال ذلك نلاحظ أن هناك علاقة طردية بين عدد التجهيزات التي تملكها الأسرة وبين نوعية تلك الرعاية المقدمة للمبحوثين وهذا ما يؤكده معامل التوافق الذي قدر عند حسابه بـ 0.20، فهذه القيمة التي تبين بأن تلك العلاقة حتى وإن كانت ضعيفة بين هذين المتغيرين يبقى لهذا المتغير دور في تلك الرعاية التي يتلقاها المسن، وهذا من خلال ما يعكسه امتلاك عدد معين من التجهيزات التي حددها الديوان الوطني للإحصائيات بإحدى عشرة تجهيز* بالطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها هذه الأسر، حيث تصنف الأسرة التي تملك ما بين 0-3 تجهيزات في الطبقة الفقيرة، والأسرة التي تملك مابين 4-8 تجهيزات تصنف في الطبقة المتوسطة، في حين الأسرة التي يكون لديها من 8 إلى 11 تجهيز تعتبر أسرة غنية، وهذا نظرا لما يعكسه اكتساب عدد أكبر من هذه التجهيزات من توفر شروط صحية لهذا المنزل، وكذلك من خلال ما تعكسه امتلاك التجهيزات الكمالية على تلك الرفاهية التي تجعل حياة الأسرة أسهل وبالتالي تنعكس إيجابا على نوعية الرعاية التي تقدمها لأفرادها المسنين، مهما طالت المدة ومهما كان نوع المرض.

* التجهيزات هي: تتمثل في توفر المنزل على التجهيزات الأساسية والضرورية من كهرباء وغاز، واتصاله بشبكة مياه الشرب وكذلك قنوات صرف المياه القذرة، وامتلاك الأسرة للآلات الكهرومنزلية المتمثلة في التلفاز وفرن الطبخ وآلة الغسيل وجهاز كمبيوتر والثلاجة، بالإضافة إلى الوسائل الكمالية التي تشمل السيارة والمكيف الهوائي.

وإن كان لعدد التجهيزات التي تملكها الأسر دور في تحديد الطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها أسر المسنين الذين يمثلون أفراد العينة، والتي توضح بأن المسنين الذين تنتمي أسرهم إلى الطبقة الفقيرة هم الذين تتراجع نوعية الرعاية الموجهة لهم، بسبب عدم قدرتهم على توفير مصاريف العلاج بصفة عامة، فإن لملكية المسكن دور أيضا في إبراز هذا المستوى.

جدول رقم30: العلاقة بين ملكية المسكن ونوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

نوعية الرعاية / ملكية المسكن.	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ملكية خاصة	76	53.9	60	42.6	5	3.5	141	100
مستأجر	5	29.4	11	64.7	1	5.9	17	100
آخر(مجاني)	4	33.3	6	50.0	2	16.7	12	100
المجموع	85	50	77	45.3	8	4.7	170	100

كما هو ملاحظ فإن الاتجاه العام للجدول يشير إلى أن نصف المبحوثين يتلقون رعاية جيدة وهذا مقابل نسبة ضئيلة منهم من صرحوا بأنهم يتلقون رعاية سيئة بنسبة 4.7%.

وعند إدخالنا المتغير المستقل المتمثل في ملكية المسكن من أجل معرفة علاقته بدرجة تكفل الأسرة بالمبحوث، وجدنا أن المبحوثين الذين يحوزون على ملكية خاصة للمسكن الذي يسكنون فيه يتلقون رعاية جيدة بنسبة 53.9%، لتتراجع هذه النسبة إلى قيمة 29.4% من المبحوثين الذين يقيمون في مساكن ليست ملكا لهم بل هي مستأجرة، في حين نلاحظ العكس فيما يخص المسنين الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية حسنة؛ حيث ترتفع نسبة هذا النوع الذي يعبر على التراجع في الرعاية التي يتلقاها المبحوث بنسبة 64.7%، وهذا مقابل 42.6% من المبحوثين الذين يقيمون في مساكن ذات ملكية خاصة، أما فيما يخض أفراد العينة الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية سيئة فقد قدرت أكبر نسبة لهم بـ 16.7% وذلك عند الفئة الثالثة التي تبين شكل آخر من أنواع ملكية المسكن، حيث أن هؤلاء المبحوثين يقيمون في تلك المساكن بصفة مجانية، والتي بالإضافة إلى أنها ليست ملكا لهم فإنهم لا يدفعون الاجار، وهذا يفسر من خلال أن هؤلاء إما أنهم يقيمون ببيوت أحد الأقارب ولا يدفعون الإيجار؛ حيث تمنح لهم كمساعدة بسبب عدم قدرتهم على الحصول على مسكن سواء بالاستئجار أو الشراء، أو أنهم يقيمون في بناءات فوضوية التي تتمثل في البيوت القصديرية.

فكل هذا يؤدي بنا إلى القول بأن هناك علاقة طردية حتى وإن كانت ضعيفة بين ملكية المسكن ورأي المبحوث في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها من أفراد

أسرته؛ والذي يوضحه معامل "سبيرمان" الذي قدر عند حسابه بـ 0.19، وما يفسر هذا أنه إذا كانت ملكية المسكن تبرز المستوى المعيشي من الناحية المادية، من خلال تلك القدرة على امتلاك وسائل الحياة الضرورية والذي يأتي في مقدمتها" المسكن" الذي يضمن الاستقرار للأسرة، بل قد يتوقف مشروع الزواج وبناء أسرة على توفره، فإن نوع هذه الملكية للمسكن تعكس أيضا تلك المصاريف التي تنفقها الأسرة على أعباء الحياة اليومية، فإذا كانت الملكية الخاصة للمسكن سوف توفر وتنقص من تلك المصاريف التي تصرف لتلبية حاجيات الأسرة، من غذاء وعلاج، وكهرباء وغاز وماء، فإن استئجار منزل يزيد من تلك المصاريف التي تعتبر فيها مستحقات الكراء كعبء إضافي على ميزانية الأسرة؛ خاصة إذا كانت مداخيل هذه الأسر متدنية، لا تسمح لهم حتى بتغطية مصاريف الغذاء؛ حيث أن نسبة 32.2% من المبحوثين صرحوا بأن الدخل الشهري لأسرهم غير كافي حتى لتغطية المصاريف المتعلقة بالغذاء لعشرة أيام*، فما بالك لو أضيف لها فواتير الغاز والكهرباء والماء والعلاج والكراء، وهذا ما يفسر تحسن نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن من الأسرة التي لديها ملكية خاصة للمسكن الذي تقيم فيه، وبالمقابل تراجعها وتدهورها عند المبحوثين الذي يقيمون مع أسرهم في مساكن مستأجرة.

أما فيما يخص المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية سيئة؛ وهذا رغم استفادتهم من السكن بطريقة مجانية تدل على تلك الظروف المزرية التي يعيشونها، لأن تلك المجانية في السكن ناتجة على مساعدة من الأقارب نتيجة عدم قدرتهم على شراء أو حتى كراء مسكن، أو أن المسكن الذي يقيمون فيه هو بيت قصديري فوضوي.

فإذا كان لملكية المسكن تأثير على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن، فإن لظروف المسكن من حيث نوعه وعدد الغرف الذي يحتويها دور في تقييم المسن للرعاية التي يتلقاها، وهذا ما سنحاول إبرازه في العنصر الموالي من خلال بعض الجداول التي تفسر تلك العلاقة.

* أنظر الملحق رقم 2، جدول رقم 3.

2-1 علاقة خصائص مسكن الأسرة بنوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

جدول رقم 31: العلاقة بين نوع المسكن للأسرة ونوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

نوعية الرعاية / نوع المسكن.	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
فيلا	36	66.7	18	33.3	-	-	45	100
شقة	28	41.2	33	48.5	7	10.3	68	100
بيت تقليدي	20	44.4	24	53.3	1	2.2	54	100
بيت قصديري	1	33.3	2	66.7	-	-	3	100
المجموع	85	50	77	45.3	8	4.7	170	100

ومن أجل معرفة مدى تأثير نوع المسكن وظروفه على مستوى تلك الرعاية المقدمة للمبحوثين، وهذا في ظل ما يشير إليه الاتجاه العام للجدول بأن نصف المبحوثين يحضون برعاية جيدة من طرف أفراد أسرهم مقابل 4.7% فقط ممن يتلقون رعاية سيئة.

حيث نلاحظ أن المبحوثين الذين يسكنون في فيلات صرحوا بأنهم يحظون برعاية صحية جيدة بنسبة 66.7% مقابل نسبة 33.3% فقط من الذين يسكنون بيوت قصديرية، في حين نجد العكس عند المسنين الذين يتلقون رعاية حسنة حيث ترتفع نسبة هذا النوع من الرعاية عند الأشخاص الذين يقطنون في بيوت قصديرية لتقدر بـ 66.7% وبنسبة 53.3% للذين يقيمون في بيوت تقليدية، لتنخفض هذه النسبة عند المسنين الذين يقطنون في فيلات.

ومن كل هذا نستنتج أن كلما كان نوع المسكن الذي يقيم فيه المسن سواء لوحده أو مع أفراد أسرته من نوع " فيلا، شقة" كلما كان تقييم المسن لنوعية الرعاية التي يتلقاها يتصف بالجيد والعكس صحيح، والدليل الذي يؤكد هذه العلاقة بين المتغيرين هو معامل اختبار استقلالية الظواهر كا^2، حيث قدرت عند حسابها بـ 15.095 و مقارنتها- عند درجة حرية(4) ومؤشر دلالة بقيمة 5%- بـ كا^2 الجدولية التي تقدر بـ 9.488، وجدنا أن كا^2 المحسوبة> كا^2 الجدولية، والتي تدل على أن هناك فروق جوهرية بين التكرارات النظرية وتكرارات الجدول، مما يدل على أن هناك علاقة بين المتغيرين، أما عن درجة تلك العلاقة فإن معامل التوافق الذي قدر بـ 0.29 يبرز بأن هناك علاقة طردية منخفضة بين المتغيرين.

وتفسر تلك العلاقة من خلال ما يعكسه نوع المسكن من عدد الغرف في المنزل وأيضا مدى توفره على التجهيزات الضرورية على الأقل -التي قد تكلمنا عنها سابقا- وكذلك الوضعية المالية التي تعيشها الأسر والتي إن كان لها دلالة مادية من

خلال ما تشير إليه من وضع مادي مريح من عدمه، حيث أن الأسرة المرتاحة ماديا تسعى إلى الحصول على سكن أوسع ويحتوي على جميع الشروط الضرورية للحياة، واقتناء حتى الكماليات من التجهيزات، وبالتالي فهي قادرة على تقديم رعاية صحية أفضل لمسنيها، ومن جهة أخرى فإنه أيضا له دلالة معنوية من خلال انعكاس تلك الظروف على الحالة الصحية والنفسية للمسن بالدرجة الأولى وكل أفراد الأسرة بالدرجة الثانية.

ويظهر ذلك من خلال الجدول التالي الذي يبين حجم كثافة المنزل الذي يعبر على درجة ضيق أو اتساع المسكن ونوعية الرعاية الصحية التي يحظى بها المسن.

جدول رقم 32: العلاقة بين كثافة منزل المسن ونوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

نوعية الرعاية / كثافة المنزل	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
0-2	69	58.0	45	37.8	5	4.2	119	100
3-5	14	33.3	25	59.5	3	7.1	42	100
6 فأكثر	2	22.2	7	77.8	-	-	9	100
المجموع	85	50	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال هذا الجدول الذي يوضح اتجاهه العام بأن نصف المبحوثين تلقوا رعاية صحية جيدة، سنعمل على إبراز تلك العلاقة التي تجمع بين كثافة المنزل ورأي المبحوث في نوعية الرعاية الصحية التي يحظى بها من طرف أفراد أسرته.

وعند ربط تلك العلاقة بين المتغيرين وجدنا أن المسنين التي تتميز مساكنهم بأقل كثافة والتي تتراوح مابين 0-2 شخص في الغرفة الواحدة قدرت نسبتهم بـ 58% وتنخفض هذه النسبة لهذا النوع من الرعاية كلما ارتفع عدد الأفراد في الغرفة الواحدة لتقدر بـ 22.2% للمبحوثين التي تقدر كثافة مسكنهم بستة(6) أشخاص أو أكثر في الغرفة الواحدة، وهذا مقابل 77.8% من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية حسنة عند نفس المستوى من كثافة المنزل(6 فأكثر)، وتتراجع هذه النسبة عند المبحوثين التي تتميز مساكنهم بكثافة تتراوح ما بين 0-2 شخص في الغرفة الواحدة لتقدر بـ 37.8%.

وهذه النتائج والنسب التي يعرضها الجدول تبين أنه كلما زادت الكثافة التي تعبر على ضيق المسكن كلما تراجعت نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسنين، والعكس فإن انخفاض عدد الأشخاص في الغرفة الواحدة يجعل الرعاية الصحية التي تقدمها الأسرة للمسن جيدة، وما يؤكد وجود هذه العلاقة بين هذين المتغيرين هو أنه عند حساب قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر كا^2 المحسوبة التي قدرت بـ 11.701، وجدناها أكبر من قيمة كا^2 الجدولية التي قدرت قيمتها بـ 9.488 وذلك عند

درجة حرية تساوي (4) ومؤشر الدلالة 5%، أما عن درجة تلك العلاقة فيبرزها معامل التوافق الذي قدر بـ 0.82 الذي يوحي بوجود علاقة عكسية قوية بين كثافة مسكن أسرة المبحوث ورأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

ذلك أن اتساع المسكن من خلال انخفاض عدد الأشخاص في الغرفة الواحدة إلى أقل من شخصين تنعكس على الجانب النفسي من خلال الراحة النفسية التي يمكن أن يوفرها اتساع المسكن، خاصة إذا كانت فترة المرض طويلة ومرضه يمنعه من الخروج وتغيير الجو، كما يمكن أن يعبر على الوضع المادي الذي تعيشه تلك الأسرة حيث أن الأشخاص أو الأسر التي تملك قدر كافي من المال والتي يمكن اعتبارها غنية أو ميسورة تسعى في أول فرصة تتاح لها إلى توسيع المسكن عكس الأسر الفقيرة التي هي عاجزة عن القيام بتلك الخطوة، وربما يزيد وضعها سوء إذا كبر الأبناء وتزوجوا وبقوا يقيمون مع الأسرة الأم بسبب الظروف المادية التي يعيشها هؤلاء ليضاف هذا الأخير في قائمة الأعباء التي يمكن أن تواجه الأسرة بزيادة عدد المقيمين فيها مع إنجابهم لأبناء، والذي يزيد من كثافة الأشخاص في المنزل، حيث أن وجود أكثر من شخصين أو ثلاثة في غرفة المسن قد يؤدي به إلى الانزعاج سواء من كثرة العدد أو الفوضى التي يمكن أن يكونوا سببا فيها من خلال مختلف السلوكات، وكذلك لأن الشخص المسن في فترة مرضه لا يكف فقط توفير العلاج من خلال اصطحابه للطبيب وشراء الأدوية وحرصهم على تناوله للأدوية والغذاء الصحي، بل يحتاج أيضا إلى جو هادئ خال من السلوكات التي تسبب الفوضى والإزعاج والتي قد تؤدي إلى زيادة تأزم الحالة الصحية له إذا تعلق الأمر بالأشخاص المصابين بمرض السكري أو ضغط الدم والقلب، ذلك أن في كثير من الأحيان عند تعرض المسن للمرض وطالت فترة مرضه فإنها تنعكس سلبا على حالته النفسية، مما يتطلب أيضا محاولة جعل الحالة النفسية له أحسن.

وبعد هذا العرض الذي قدمناه والذي يخص علاقة رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها بالمستوى المعيشي لأسرته؛ فإننا في العنصر الموالي سوف نتطرق إلى نوعية الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها المسن وعلاقتها بالمستوى المعيشي الذي تتميز به أسرة المسن:

ثانيا: تأثير المستوى المعيشي للأسرة على نوعية الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها المسن.

من خلال هذا العنصر سوف نحاول معرفة العلاقة الموجودة بين نوعية الرعاية الصحية العلاجية التي توجه للمسن بالمستوى المعيشي لأسرته؛ ومدى تأثير هذا الأخير على تلك الرعاية، ومن أجل ذلك ولتسهيل وتوضيح أكثر لهذه العلاقة، فإننا قسمنا عملية تحليل هذا العنصر إلى أربعة محاور أساسية؛ والتي تتمثل فيما يلي:

1 -علاقة المستوى المعيشي بنوع المتابعة الطبية التي يتلقاها المسن.
2 -علاقة المستوى المعيشي بالقطاع الصحي الذي يتوجه إليه المسن.
3- علاقة المستوى المعيشي بتخصص الطبيب المعالج ونمط العلاج المقدم للمسن.

1-2 علاقة المستوى المعيشي بالمتابعة الطبية التي يقوم بها المسن.

ومن أجل معرفة مدى تأثير الوضعية المادية للأسرة على تلك الرعاية فإننا اخترنا كل من متغير قيمة الدخل الشهري، وكذا عدد التجهيزات التي تتوفر الأسرة عليها، وهذا من خلال ربط العلاقات بين هذه المتغيرات في الجداول التالية التي غرضها هو تفسير العلاقة الموجودة بين الظاهرة المدروسة والأسباب والعوامل المؤثرة فيها.

جدول رقم33: علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بالمتابعة الطبية التي يقوم بها المسن.

المتابعة الطبية / قيمة الدخل الشهري.	يتابع		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	23	52.3	18	40.9	3	6.8	44	100
15000-25000	19	57.6	7	21.2	7	21.2	33	100
25000-35000	6	42.9	7	50.0	1	7.1	14	100
35000-45000	6	35.3	8	47.1	3	17.6	17	100
45000 فأكثر	7	46.7	7	46.7	1	6.7	15	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12.2	123	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن نسبة 49.6% من المبحوثين يقومون بالمتابعة الطبية للأمراض التي يعاني منها، ونسبة 38.2% منهم نجد أن هذه المتابعة تتم بطريقة متقطعة، مقابل 12.2% لا يقومون بالمتابعة الطبية لحالتهم الصحية.

وعند إدخال متغير قيمة الدخل الشهري للأسرة لمعرفة درجة تأثيره على نوع المتابعة الطبية التي يقوم بها المسن؛ نلاحظ أن المتابعة الطبية المنتظمة للأمراض التي يعاني منها المبحوثين لا تتأثر كثيرا بقيمة الدخل الشهري للأسرة، فهناك تذبذب

وتقارب في النسب؛ حيث نجدها تقدر بنسبة 57.6% عند المبحوثين الذين دخلهم يتراوح مابين 15000 و25000 د.ج، وبنسبة 46.7% من المبحوثين الذين تقدر قيمة الدخل الشهري للأسرة بـ 45000 د.ج أو أكثر، وكذلك هو الحال بالنسبة للمبحوثين الذين لا يحرصون بصفة دائمة على المتابعة الطبية للأمراض التي يعانون منها، فإننا نلاحظ بأن المبحوثين الذين يتراوح الدخل الشهري لأسرهم ما بين 15000 و25000 د.ج تقدر نسبتهم بـ 21.2%، وترتفع هذه النسبة لهذا النوع من المتابعة لتقدر بـ 50% من المبحوثين الذين قيمة الدخل الشهري للأسرة ما بين 25000 و35000 دينار جزائري في حين تبدأ في الانخفاض لتصل إلى 46.7% عند فئة المبحوثين الذين يزيد الدخل الشهري لأسرهم عن 45000 دينار، وعلى العكس فإن فئة المبحوثين الذين لا يقومون بزيارة الطبيب لمتابعة حالتهم الصحية تتأثر بقيمة الدخل؛ حيث نجدها تقدر بـ 21.2% بالنسبة للمبحوثين الذين يملكون دخل شهري مابين 25000-35000 دينار جزائري، لتنخفض هذه النسبة عند المبحوثين التي فئة دخلهم 45000 فأكثر.

ومن الملاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول أن قيمة الدخل الشهري للأسرة لا تعكس بشكل واضح درجة تأثير المستوى المعيشي على مدى المتابعة الطبية التي يقوم بها المبحوثين، أو أن هناك عوامل أخرى لها تأثير أقوى من تأثير الدخل الشهري؛ كنوع الأمراض التي يشتكي منها المسن والتي تدفعه إلى ضرورة متابعتها (كما تبينه نتائج الفرضية الأولى) وذلك بغض النظر عن إمكانياته المادية لتغطية نفقات العلاج حتى وإن كانت مكلفة، أو أن هناك طرق أخرى تخفف من عبء هذه التكاليف، وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال الجدول التالي الذي يعرض لنا العلاقة بين مصادر توفير العلاج ومدى المتابعة الطبية التي يقوم بها المبحوثين:

جدول رقم 34: علاقة مصدر توفير مصاريف العلاج بمدى المتابعة الطبية التي يقوم بها المبحوثين.

مدى المتابعة / مصدر المصاريف	يتابع(حريص عليها)		أحيانا (يهملون ذلك)		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
من دخله الخاص	21	51.2	20	48.8	41	100
مساعدة أفراد الأسرة	20	55.6	16	44.4	36	100
بطاقة الشفاء أو الدفتر	20	66.7	10	33.3	30	100
أخر	–	–	1	100	1	100
المجموع	61	56.5	47	43.5	108	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن من مجموع 108 مبحوث يقومون بالمتابعة الطبية لصحتهم، أن هناك نسبة 56.6% منهم يحرصون على إجرائها كل ما

تطلب الأمر ذلك، وهذا مقابل نسبة 43.5% منهم لا يحرصون على القيام بها و نادرا ما يهتمون بالأمر.

وعند إدخال متغير مصدر توفير مصاريف العلاج من أجل معرفة درجة تأثيره على مدى المتابعة الطبية للأمراض التي يعاني منها هؤلاء المبحوثين، فإننا نلاحظ أن نسبة 66.7% من المسنين الذين يحرصون على المتابعة كل ما تطلب الأمر ذلك يوفرون المصاريف الخاصة بالعلاج من خلال بطاقة الشفاء أو الدفتر الذي يمنحه صندوق الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين لديهم التأمين الصحي، لتنخفض هذه النسبة إلى 51.2% عند المبحوثين الذين يخصصون جزاء من مداخيلهم لتوفير مصاريف العلاج، في حين نرى أن عدم الحرص على هذه المتابعة تزيد نسبتها خاصة عند المبحوثين الذين يتلقون إعانات مالية من أشخاص ليسوا من أفراد الأسرة وذلك بنسبة 100%، وبنسبة أقل تقدر بـ 48.8% ومن الذين يوفرون تلك المصاريف من دخلهم الخاص، وهذا مقابل التراجع الملاحظ في إهمال المتابعة إذا ما كان هؤلاء المسنين لديهم بطاقة الشفاء أو الدفتر للتأمين الصحي والتي تقدر بنسبة 33.3% فقط.

إذن ما يمكن استنتاجه من خلال تحليل هذا الجدول أنه إذا كان لمصدر توفير مصاريف العلاج دور في تحديد مدى المتابعة الطبية والتي تفسر أكثر تلك العلاقة بين الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الطبية والذي لم يكن تأثير هذا الأخير كبير عليها؛ حيث نلاحظ أن المسنين الذين يوفرون مصاريف الأدوية والعلاج من دخلهم الخاص أو بمساعدة أحد أفراد الأسرة أو أشخاص آخرين يجدون صعوبة في الاستمرار في المتابعة الطبية، على عكس المسنين الذين يستفيدون من خدمات التأمين الصحي بحصولهم سواء على الدفتر أو بطاقة الشفاء* التي من خلالها لا يضطر المريض إلى دفع تكلفة الأدوية التي يشتريها بل يكفيه التوجه إلى إحدى الصيدليات المتعاقدة مع صندوق الضمان الاجتماعي ليتحصل على الدواء وتتم عملية التعويض بين تلك الصيدلية وصندوق الضمان الاجتماعي للتأمينات الصحية، ونادرا ما يضطر إلى دفع مستحقات الأدوية غير القابلة للتعويض والتي يكون ثمنها رخيص.

فهذا الإجراء يخفف جزء من أعباء هذه المصاريف، والتي تتعلق فقط بتكلفة الأدوية لتبقى بعض الخدمات الصحية الأخرى؛ كدفع أجرة الطبيب وأيضا مستحقات التحاليل الطبية والأشعة، خاصة إذا توجه هذا المريض إلى القطاع الخاص وما يتميز به من تكلفة عالية للخدمات الصحية التي يقدمها، والتي تبقى تشكل عبءً ثقيلا على الأسر خاصة ذات الدخل المنخفض.

---

* خاصة وأن نسبة 81.2% من المبحوثين يستفيدون من خدمات التأمين الاجتماعي (من خلال جدول رقم 9 من خصائص العينة).

ولـذلك لا يمكـن القـول بـأن مصـدر تـوفير تكـاليف العـلاج والأدويـة العامـل الوحيـد الـذي يحـدد درجـة تلـك المتابعـة، بـل تبقـى هنـاك عوامـل أخـرى تـؤثر فـي ذلـك والـذي نـذكر مـن بينهـا الوضـعية الماديـة التـي تعيشـها الأسـرة بصـفة عامـة؛ والـذي تبـرز جـزء منهـا إلـى حـد مـا عـدد التجهيـزات التـي تملكهـا، وكـذلك باعتبارهـا أحـد المحـددات الأساسـية للمسـتوى المعيشـي للأسـرة، وهـذا مـا سـيبينه الجـدول التـالي الـذي يـربط العلاقـة بـين مـدى المتابعـة الطبيـة التـي يقـوم بهـا المبحـوثين وعـدد التجهيـزات التـي تملكها الأسرة.

جدول رقم35: العلاقة بين عدد تجهيزات منزل المسن والمتابعة الطبية التي يقوم بها.

المتابعة الطبية / عدد التجهيزات	يتابع		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
3-0	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6	100
7-4	31	47.0	27	40.9	8	12.1	66	100
11-8	29	56.9	16	31.4	6	11.8	51	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12.2	123	100

يظهـر مـن خـلال الاتجـاه العـام للجـدول أن نسـبة 49.6% مـن المبحـوثين يقومـون بالمتابعـة الطبيـة لتلـك الأمـراض والمشـاكل الصـحية التـي يعـاني منهـا، وهـذا مقابـل 12.2% من الذين لا يقومون بالمتابعة لتلك الأمراض.

وعنـد ربـط درجـة هـذه المتابعـة بعـدد التجهيـزات التـي تملكهـا الأسـرة، وجـدنا أن الحـرص علـى المتابعـة الطبيـة مـن طـرف هـؤلاء المبحـوثين تتـأثر بعـدد تلـك التجهيـزات التـي تملكهـا الأسـرة، حيـث نلاحـظ أن المبحـوثين الـذين يحرصـون علـى المتابعـة بصـفة دائمـة تزيـد نسـبتهم عنـد فئـة التجهيـزات التـي تتـراوح مـا بـين 8-11 تجهيـز بنسـبة 56.9%، وتـنخفض هـذه النسـبة إلـى 16.7% عنـد المبحـوثين الـذين تملـك أسـرهم عـدد تجهيـزات مـا بـين 0-3 تجهيـز، وهـذا مقابـل نسـبة 66.7% مـن المبحـوثين الـذين لا يحرصـون علـى هـذه المتابعـة بصـفة مستمرة، وتـنخفض إلـى نسبة 31.4% فيمـا يخـص المبحوثين الذي لدى أسرهم ما بين 8-11 تجهيز.

إذن مـا هـو ملاحـظ مـن خـلال التحليـل الإحصـائي للجـدول أن مـدي المتابعـة الطبيـة عنـد المسـنين المصـابين بـالأمراض والمشـاكل الصـحية يتـأثر بعـدد التجهيـزات التـي تملكهـا الأسـرة؛ حيـث أنـه يزيـد الحـرص علـى هـذه المتابعـة مـع ارتفـاع عـدد التجهيـزات التـي يتـوفر عليهـا المسكن الـذي يقيم فيـه المسـن والعكـس صـحيح، ومـا يفسـر ذلـك التـأثير الـذي يلعبـه امـتلاك عـدد معـين مـن التجهيـزات، هـي تلـك الدلالـة الماديـة التـي تحملهـا كـل

فئة من الفئات التي تصنف عدد التجهيزات والتي تعبر عن الظروف المادية التي تعيشها الأسرة حيث أن هناك بعض التجهيزات ليست في متناول الجميع نظرا لثمنها الباهظ وليس متاح لكل الأسر اقتنائها، كجهاز الكومبيوتر أو السّيارة، هذه الأخيرة التي قد يكون لها دور في تخفيف عبء تنقل المسن إلى الطبيب بسب البعد، أو بسبب العجز عن الحركة خاصة إذا تأزمت حالته الصحية.

وكل هذا بدوره يبزر مدى إمكانية الأسرة على توفير مصاريف العلاج، حيث أن الأسر القادرة على تجهيز المنزل بأكبر عدد من التجهيزات سواء كانت ضرورية أو كمالية فإنها بطبيعة الحال قادرة على التكفل وتوفير العلاج الجيد، وكذلك الحرص على مواصلة تلك الرعاية مهما كان نوع المرض ومهما تأزمت حالة مرض المسن وطالت فترته، وهذا أيضا من خلال ما يحدده المستوى المعيشي من نوع القطاع الصحي وتخصص الطبيب الذي يتم عنده العلاج.

2 2 علاقة المستوى المعيشي بالقطاع الصحي الذي تتم فيه المتابعة الطبية.

وللتعمق أكثر في هذه المتابعة، فإننا حاولنا في هذا العنصر إبراز الدور الذي يلعبه المستوى المعيشي في تحديد القطاع الصحي الذي يتوجه إليه المسن وأسرته لتلقي العلاج أثناء فترة المرض؛ أو القيام بالفحوصات الدورية بالنسبة المبحوثين الذين يعانون من أمراض مزمنة أو المشاكل صحية التي مرتبطة أساسا بهذه المرحلة من العمر، ولتوضيح ذلك فلقد قمنا بربط العلاقات التالية بين المتغيرات ذات الصلة في الجداول التالية:

جدول رقم36: العلاقة بين قيمة الدخل الشهري للأسرة بالقطاع الصحي الذي تتم فيه المتابعة.

القطاع الصحي / قيمة الدخل.	القطاع العمومي		القطاع الخاص		القطاعين معا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	22	53.7	14	34.1	5	12.2	41	100
25000-15000	11	42.3	11	42.3	4	15.4	26	100
35000-25000	9	69.2	3	23.1	1	7.7	13	100
45000-35000	7	50.0	7	50.0	-	-	14	100
45000 فأكثر	6	42.9	8	57.1	-	-	14	100
المجموع	55	50.9	43	39.8	10	9.3	*108	100

• حيث نجد أنه من أصل 123 مبحوث يعانون من الأمراض سواء كانت مشاكل صحية متعلقة بهذه المرحلة من العمر أو أمراض مزمنة تزيد نسبة الإصابة منها عند هؤلاء الأشخاص، هناك 108 مبحوث فقط يقومون بالمتابعة الطبية.

إذا كان الاتجاه العام للجدول يشير بأن نسبة 50.9% يقومون بالمتابعة الطبية لأمراضهم في القطاع العام، مقابل 39.8% منهم يقومون بتلك المتابعة في القطاع الخاص، كما نجد أن نسبة 9.3% تتأرجح عندهم المتابعة الطبية بين القطاعين.

فإنه عند إدخال متغير الدخل الشهري للأسرة لمعرفة درجة تأثيره على نوع القطاع الصحي الذي يختاره المسن للمتابعة والعلاج، نلاحظ أنه إذا كان التوجه إلى القطاع العام لا يتأثر كثيرا بقيمة الدخل الشهري للأسرة، حيث نجد أن النسب متقاربة مهما كانت قيمة الدخل؛ فنجدها ترتفع عند المبحوثين ذوي الدخل المتوسط بنسبة 69.2%، وبنسبة أقل عند ذوي الدخل المتدني والذي لا يفوق قيمة الأجر القاعدي بنسبة 53.7%، فإنها تنخفض عند فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الأسر ذات الدخل المرتفع مقارنة بالفئات الأخرى والذي تزيد قيمته عن 45000 دينار لتقدر بـ 42.9%، فإن الأمر يختلف عند التوجه إلى القطاع الخاص للمتابعة الطبية حيث نلاحظ أن المبحوثين الأكثر إقبالا على هذا القطاع هم أصحاب فئات الدخل المرتفعة التي تزيد عن 45000 دينار جزائري؛ وذلك بنسبة 57.1%، تليها نسبة 50% من المبحوثين الذين تتراوح قيمة الدخل الشهري لأسرهم ما بين 35000-45000 دينار، وهذا مقابل 34.1% فقط من المبحوثين الذين لا يتعدي الدخل الشهري لأسرهم الأجر القاعدي يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص.

ومن خلال كل هذا نلاحظ أنه رغم تلك العلاقة المنخفضة بين المتغيرين في هذا الجدول، والتي تبرزها قيمة معامل التوافق المقدرة عند حسابها بـ 0.27، فإن هناك تأثيرا طردي يمارسه مستوى الدخل الشهري للأسرة على نوع القطاع الصحي الذي يتوجه إلية المسن لتلقي العلاج، وهذا كلما ارتفع الدخل الشهري للأسرة كلما زاد إقباله على القطاع الخاص والعكس فإن تدني تلك المداخيل يدفع بالمسن إلى التوجه إلى القطاع الصحي العمومي الذي يقوم بتقديم تلك الخدمات الطبية بمبالغ رمزية إن لم نقل أنها تتم بصفة مجانية.

حيث أننا نجد أن قيمة الدخل الشهري الذي تملكه أسرة المسن المريض هي التي تحدد موقفه بين خيار التوجه إلى القطاع الصحي الخاص الذي يتميز بغلاء الخدمات الصحية وجودتها، وبين التوجه إلى القطاع الصحي العمومي وما يتميز به من مجانية العلاج وبتدني الخدمات الصحية المقدمة في كثير من الأحيان.

حيث أن القيمة المرتفعة للدخل الشهري للأسرة؛ خاصة إذا كان كافي لتلبية حاجيات الأسرة اليومية فإنه أيضا يجعل للمسن المريض يحظى بفرصة الحصول على رعاية صحية أحسن وفي وقت أقل؛ نظرا لما يتيحه من فرصة التوجه إلى القطاع الصحي الخاص وبالتالي الاستفادة من خدمات صحية جيدة، وهذا مقارنة بنوعية الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي العمومي الذي يبقى يعاني من الكثير من النقائص، خاصة طاقة إستعابه لعدد المرضى الكبير، مما يؤدي في كثير

من الأحيان إلى تعرضه إلى ضغط كبير، والذي ينعكس سلبا على نوعية الخدمات التي يقدمها والتي يأتي في مقدمتها انتظار المسن المريض وقت طويل حتى يتم الفحص فما بالك إذا تعلق الأمر بالخدمات الأخرى كالأشعة أو التحاليل الطبية أو العمليات الجراحية التي في كثير من الأحيان وإن لم يكن الأمر مستعجلا تعطي للمريض مواعيد قد يطول فيها انتظاره شهورا وليس أياما أو ساعات، خاصة أن هذا القطاع لا يتوفر على مصلحة خاصة بهذه الفئة من السن.

في حين نجد أن المسن المريض الذي لم يتح له دخل الأسرة المتدني الاستفادة من خدمات القطاع الصحي الخاص يلجأ إلى القطاع الصحي العمومي ليضطر بذلك تحمل تلك الخدمات المتدنية إن لم يكن يعرف أشخاص يعملون في هذا القطاع يسهلون عليه الأمر كما هو معروف عندنا في الجزائر.

أما ما يفسر إقبال بعض المبحوثين على القطاع الصحي العمومي رغم الارتفاع الذي يعرفه الدخل الشهري لأسرهم، هو الخصوصية والامتيازات التي يحظى بها هؤلاء؛ إما بصفتهم مجاهدين،أو أنهم كانوا يعملون في القطاع العسكري (الشرطة، الدرك الوطني،...) الأمر الذي يخول لهم الاستفادة من الخدمات بصفة مجانية في القطاعات الصحية التابعة لهذه المؤسسات العسكرية (كمستشفى عين النعجة العسكري) بالإضافة إلى الاستفادة من خدمة التأمينات الصحية التي تصل فيها نسبة التعويض إلى 100%.

ومن أجل توضيح أكثر لعلاقة المستوى المعيشي للأسرة بالقطاع الصحي الذي يتوجه إليه المبحوثين المرضى للمتابعة الطبية، لدينا الجدول التالي الذي يربط العلاقة بين عدد تجهيزات منزل المبحوث وطبيعة القطاع الصحي التي تتم فيه المتابعة الصحية.

جدول رقم37: العلاقة بين عدد التجهيزات التي تملكها أسرة المبحوث بالقطاع الصحي الذي تتم فيه المتابعة.

القطاع الصحي / عدد التجهيزات.	القطاع العمومي		القطاع الخاص		القطاعين معا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
3-0	4	80.0	1	20.0	-	-	5	100
7-4	36	62.1	16	27.6	6	10.3	58	100
11-8	15	33.3	26	57.8	4	8.9	45	100
المجموع.	55	50.9	43	39.9	10	9.3	108	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن أغلب المبحوثين يتوجهون إلى القطاع الصحي العمومي لمتابعة حالتهم الصحية بنسبة 50.9%، وهذا مقابل 39.9% يفضلون التوجه إلى القطاع الصحي الخاص.

أما فيما يخص درجة تأثير متغير عدد التجهيزات التي تملكها الأسرة على طبيعة القطاع الصحي الذي يتوجه إليه المبحوثين، فإننا نلاحظ أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين تملك أسرهم عدد أقل من التجهيزات، والتي تتراوح ما بين 0-3 تجهيزات بنسبة 80% هم الذين يتوجهون إلى القطاع العمومي للصحة لمتابعة حالتهم الصحية، وهذا مقابل نسبة 33.3% من المبحوثين الذين تملك أسرهم ما بين 8-11 تجهيز في المنزل، في حين نلاحظ نسبة المبحوثين الذين يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص عند هذا العدد من التجهيزات ترتفع لتقدر بـ 57.8%.

ومنه نلاحظ أن هناك علاقة طردية بين عدد تجهيزات المنزل وطبيعة القطاع الصحي الذي تتم فيه المتابعة، حيث أن ارتفاع عدد تجهيزات المنزل يزيد من الإقبال على القطاع الصحي الخاص، والعكس صحيح، وما يؤكد تلك العلاقة هو معامل اختبار استقلالية الظواهر من خلال حساب كا^2 المحسوبة التي قدرت قيمتها بـ (11.841) وهي تفوق قيمة كا^2 الجدولية (9.488) وذلك عند درجة حرية تقدر بـ(4) ومؤشر دلالة: 5%، وأما ما يؤكد درجة تلك العلاقة واتجاهها هو أحد معاملات الارتباط المتمثل في معامل التوافق والتي قيمته المقدرة بـ 0.31 توحي بوجود علاقة طردية متوسطة بين هذين المتغيرين.

وهذا الأمر إذا كان يبرز مدى تأثير الوضعية المادية للأسرة على اختيار القطاع الصحي الذي يتوجه إليه المسنين، من خلال مدى تمكن الأسرة من توفير التجهيزات اللازمة لحياة أفضل، فإنه يوضح ويعكس مدى قدرة الأسرة على توفير وتلبية جميع حاجيات الحياة لأفرادها، بما في ذلك العلاج الجيد والكافي لأفرادها المسنين الذين يعانون من الأمراض المختلفة، ولذلك نلاحظ أن المبحوثين الذين يتميزون بمستوى معيشي متدني يزيد إقبالهم على القطاع الصحي العمومي لتجنب دفع مبالغ مالية لهذا العلاج التي لا تستطيع الأسرة توفيرها، وبالتالي تخفيف العبء عليها وأيضا ضمان قدر معين من العلاج.

وإن كانت لتلك العوامل التي ذكرناها سابقا تأثيرا سواء على مدى المتابعة الصحية، أو طبيعة القطاع التي تتم فيه، فإننا من خلال الجدول التالي سنحاول معرفة مدى تأثير قيمة الدخل الشهري: كأحد مؤشرات المستوى المعيشي للأسرة، على طبيعة تخصص الطبيب المعالج.

2-3 علاقة المستوى المعيشي للأسرة بتخصص الطبيب المعالج ونمط العلاج المقدم للمسن.

جدول رقم38: علاقة قيمة الدخل الشهري لأسرة المبحوث بتخصص الطبيب المعالج.

تخصص الطبيب / قيمة الدخل الشهري(د.ج).	طبيب عام		طبيب مختص		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	19	46.3	22	53.7	41	100
15000-25000	8	30.8	18	69.2	26	100
25000-35000	3	23.1	10	76.9	13	100
35000-45000	3	21.4	11	78.6	14	100
45000 فأكثر	1	7.1	13	92.9	14	100
المجموع	34	31.5	74	68.5	108	100

يشير الاتجاه العام للجدول بأن أغلب المبحوثين المصابين بأمراض مزمنة أو مشاكل صحية يحرصون على العلاج عند أطباء مختصين، مقابل نسبة 31.5% منهم من يتابعون عند أطباء عامين.

وعند ربط هذا المتغير بقيمة الدخل الشهري للأسرة لمعرفة درجة تأثيره على اختيار تخصص الطبيب الذي تتم عنده المعالجة، فإننا نلاحظ أن المبحوثين الذين تملك أسرهم دخل شهري يقدر بـ 45000 دينار أو يزيد على ذلك يتوجهون إلى طبيب مختص بنسبة 92.9%، تليها فئة المبحوثين الذين دخل أسرهم يتراوح ما بين 35000-45000 دينار جزائري بنسبة 78.6%، وتنخفض هذه النسبة إلى 53.7% عند المبحوثين الذين لا يتعد دخل أسرهم قيمة الأجر القاعدي، في حين نجد العكس فإن هذه الفئة من الدخل تعتمد بشكل أكبر على المعالجة عند طبيب عام وذلك بنسبة 46.3%، وهذا إذا ما قارناها بفئة الدخل الذي تقدر قيمته بـ 45000 دينار أو تزيد عن ذلك؛ حيث نجد نسبتهم تقدر بـ 7.1%.

ومنه نستنتج أن هناك تأثير للدخل الشهري للأسرة على تخصص الطبيب الذي يختاره أو يتوجه إليه المسن من أجل تلقي العلاج، حيث نلاحظ أن امتلاك الأسرة إلى دخل مرتفع يدفع بالمسن المريض إلى التوجه أكثر إلى الطبيب المختص، والعكس فإن تراجع وتدني قيمة الدخل عند بعض الأسر تضطر المسن إلى الاكتفاء بالمعالجة عند الطبيب العام، وما يؤكد هذه العلاقة كا^2 المحسوبة التي تقدر قيمتها بـ 10.033 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية التي تقدر قيمتها بـ 9,488 وذلك عند درجة حرية(ddl=4) ومؤشر دلالة 5%، أما عن شدة هذه العلاقة فيبرزها معامل التوافق بقيمة 0.29، التي توحي بوجود علاقة طردية منخفضة بين هذين المتغيرين.

إذا كان من الأمور المتفق عليها هو أن تخصص الطبيب المعالج تحدده طبيعة تلك الأمراض التي يعاني منها الشخص، فإن من الملاحظ في هذا البحث أن المسنين

عندما يختارون أطباء مختصين لمعالجة أمراضهم فإنهم يفضلونهم أن يكونوا من القطاع الصحي الخاص، وهذا يظهر من خلال الجدول رقم 4 في الملحق رقم 2، الذي يبين علاقة تخصص الطبيب المعالج بطبيعة القطاع الصحي الذي ينتمي إليه، والذي يبين بأن نسبة 93% من المبحوثين الذين يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص يختارون أطباء مختصين، وهذا مقابل 54.5% من يتوجهون إلى القطاع الصحي العمومي.

فهذه النسبة المرتفعة من المبحوثين الذين يعالجون عند أطباء مختصين في القطاع الخاص، هي التي تفسر العلاقة بين قيمة الدخل ودرجة التوجه إلى طبيب مختص، ذلك أن التوجه إلى طبيب مختص يعمل في القطاع الصحي الخاص يزيد من تكلفة العلاج ولذلك نلاحظ أن ذوي المداخيل المرتفعة أكثر إقبالا على ذلك، وهي الأخرى تزيد عن تكلفة الطبيب العام في القطاع الخاص، ولذلك نلاحظ أن انخفاض الدخل عند بعض المبحوثين يضطرهم إلى الاكتفاء بالمتابعة عند الطبيب العام، ويكون ذلك وفي كثير من الأحيان في القطاع الصحي العمومي.

كما أن لهذه الظروف المادية أيضا وفي كثير من الأحيان قد يكون لها تأثير على نوع العلاج الذي يقبل عليه المسن في فترة مرضه، وهذا ما سنحاول معرفته في الجدول التالي:

جدول رقم39: علاقة قيمة الدخل الشهري لأسرة المبحوث بنوع العلاج المقدم له.

نوع العلاج / قيمة الدخل الشهري(د.ج)	بالطريقة التقليدية		بالطريقة الحديثة		الجمع بين الطريقتين		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	13	23.6	33	60.0	9	16.4	55	100
25000-15000	9	20.5	23	52.3	12	27.3	44	100
35000-25000	4	20.0	9	45.0	7	35.0	20	100
45000-35000	4	17.4	7	30.4	12	52.2	23	100
45000 فأكثر	2	7.1	14	50.0	12	42.9	28	100
المجموع	32	18.8	86	50.6	52	30.6	170	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول يشير إلى أن نصف المبحوثين(50.6%) يحرصون على العلاج بالطريقة الحديثة من خلال التوجه إلى الطبيب وشراء الأدوية التي يصفها لهم، وهذا مقابل 30.6% منهم من يجمع بين الطرق التقليدية للعلاج والطريقة الحديثة، في حين نجد أن نسبة 18.8% من يعتمدون على الطريقة التقليدية فقط.

فإنه عند ربط هذا المتغير بقيمة الدخل الشهري للأسرة لمعرفة ما إذا كان له تأثير على طبيعة العلاج المتبع أم لا، وجدنا أن المسنين الذين يتبعون الطريقة الحديثة في العلاج لا تتأثر كثيرا بقيمة الدخل الشهري للأسرة، حيث نلاحظ بأنها متفاوتة ومتذبذبة بين فئات الدخل فنجدها تقدر بـ 60% عند ذوي الدخل الذي لا يتعد قيمة الأجر القاعدي، وبنسبة 50% عند ذوي دخل شهري يقدر بـ 45000 دينار أو يزيد عن ذلك، أما نسبة المسنين الذين يتبعون الطريقة التقليدية في العلاج نجدها ترتفع عند فئة الدخل الذي تقدر قيمته بأقل من 15000 دينار جزائري بنسبة 23.6%، وتنخفض هذه النسبة بارتفاع قيمة الدخل لتقدر بـ 7.1% عند ذوي دخل شهري 45000 دينار فأكثر.

فهذه المعطيات التي نلاحظها والتي تبين أن المسنين يحرصون بصفة كبيرة على تلقي العلاج بالطريقة الحديثة مهما كان وضعهم المادي، أن هناك عوامل أخرى تدفعهم إلى ذلك نذكر من بينها زوال تلك المعتقدات والعقليات التي تثق بالطرق التقليدية للعلاج وهذا بسبب طبيعة الأمراض التي يعاني منها المسنين، والتي تدفعهم إلى الحرص على صحتهم أكثر من فئات العمر الأخرى، وعدم المخاطرة في تجريبه، أما باقي المبحوثين الذين يعتمدون على المزج بين الطريقتين أو الاكتفاء بالعلاج التقليدي والتي تزيد نسبة الاعتماد عليها عند ذوي المداخيل المتدنية، حيث يلجأ إليها هؤلاء في بادئ الأمر عند الإصابة بالأمراض الخفيفة التي ليس لها تأثير كبير على الصحة؛ كالزكام وقرحة المعدة، وآلام القولون، من خلال التداوي ببعض الأعشاب الطبية، ولكن إذا لم يشفوا من المرض أو تعرضوا لأمراض أخرى فإنهم ينتقلون إلى الطريقة الحديثة ويسارعون إلى الاستفادة من خدماتها.

ثالثا: تأثير المستوى المعيشي على نوعية الرعاية الصحية الوقائية المقدمة للمسن.

إذا كان المسن يحتاج إلى رعاية صحية علاجية عند المرض، فإنه بالقابل أيضا يحتاج إلى بعض الإجراءات الصحية التي تقيه من الوقوع في المرض، أو تأخر ذلك، وفي أحيان أخرى تساعده على الشفاء منها، هذه الإجراءات أو السلوكات يطلق عليها الرعاية الصحية الوقائية، والتي تقوم على مبدأين: الأول الحرص على تجنب الأشياء الضارة بالصحة، والثاني يعتمد على الحرص على القيام ببعض السلوكات التي تجنبه المرض، والتي بالطبيعة الحال تتأثر بمجموعة من العوامل وهذا ما سنحاول التطرق إليه في هذا العنصر، من خلال عرض مجموعة من الجداول المركبة.

1-3 علاقة المستوى للأسرة بمدى إجراء الفحص الطبي السنوي لصحته.

حيث أنه كأول خطوة أو إجراء يمكن أن يقوم به الشخص المسن لضمان عيش مرحلة شيخوخته في صحة جيدة، هو ذلك الفحص الطبي الروتيني الذي يجرى كل سنة، وهو فحص عام للصحة الشخص قصد الكشف عن الأمراض في مراحلها المبكرة، والسعي إلى علاجها إن وجدت، ولمعرفة درجة إقبال المبحوثين على القيام بهذا الأجراء لدينا الجدول التالي:

جدول رقم40: علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة المبحوث بمدى إجراء الفحص السنوي.

إجراء الفحص / قيمة الدخل(دج)	الفحص بصفة دورية		الفحص بصفة متقطعة		لا يقوم بالفحص		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	24	43.6	11	20.0	20	36.4	55	100
15000-25000	13	29.5	17	38.6	14	31.8	44	100
25000-35000	12	60.0	2	10.0	6	30.0	20	100
35000-45000	15	65.2	4	17.4	4	17.4	23	100
45000 فأكثر	21	75.0	2	7.1	5	17.9	28	100
المجموع	85	50.0	36	21.2	49	28.8	170	100

من خلال ملاحظتنا لهذا الجدول الذي يبين علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بمدى الحرص على إجراء الفحص الطبي الدوري من طرف المسن؛ يتضح أن الاتجاه العام له يشير إلى أن نسبة 50% من المبحوثين يهتمون بأمر الفحص ويقومون به بصفة دورية ودائمة، مقابل نسبة 28.8% من المبحوثين لم يقوموا بإجراء هذا الفحص ولا مرة واحدة.

وعند ربطه بقيمة الدخل الشهري؛ نلاحظ أن المسنين الذين لدى أسرهم دخل شهري يقدر بـ 45000 د.ج أو تزيد يحرصون على إجراء هذا الفحص بصفة دورية بنسبة 75%، لتتراجع هذه النسبة إلى 29.5% لمن لدي أسرهم دخل يتراوح ما بين 15000-25000 د.ج، وهذا مقابل ارتفاع نسبة المسنين الذين لا يحرصون على هذا الفحص بصفة دورية منتظمة، أو لم يقوموا بذلك مطلقا عند فئات الدخل المنخفضة، حيث قدرت على التوالي بـ 38.6% من لهم دخل ما بين 15000-25000 د.ج، وبنسبة 36.4% ومن لدي أسرهم دخل أقل من 15000 د.ج.

وما يؤكد تلك العلاقة الملاحظة بين هذين المتغيرين هو قيمة $كا^2$ المحسوبة(24.259) التي هي أكبر من قيمة $كا^2$ الجدولية(15.507) وذلك عند درجة حرية=(8) ومؤشر دلالة= 5%، والتي تؤكد بأن الارتفاع في قيمة الدخل الشهري

للأسرة يؤدي إلى زيادة الإقبال على إجراء الفحص الطبي والحرص على استمرار ذلك.

فهده العلاقة الطردية المتوسطة بين قيمة الدخل الشهري للأسرة ومدى حرص المسن على إجراء الفحص الطبي الروتيني؛ والذي يظهر من خلال قيمة معامل التوافق الذي يقدر بـ (0.35)، التي تِؤكد على الدور الذي يلعبه الدخل الذي يتميز بارتفاع قيمته على زيادة الإقبال على هذا الإجراء الوقائي، هو أن هؤلاء المسنين الذين يتمتعون بهذا النوع من الدخل والذي يتيح لهم ولأسرهم توفير جميع المتطلبات (توفير السكن، الغذاء، العلاج،...إلخ) والعيش حياة جيدة من جميع الجوانب، فإنهم يسعون إلى أن يعيشوا بصحة جيدة أيضا بإتباع جميع الإجراءات حتى الوقائية منها، الذي نجد من بينها هذا النوع من الإجراءات المتمثل في الفحص الطبي الدوري.

على عكس تلك الأسر ذات المداخيل المتدنية، والتي تجعلها غير قادرة على توفير المتطلبات الضرورية من غذاء وعلاج، ما يجعلها لا تتطلع إلى البحث عن خدمات أخرى وتتجنب زيادة مصاريف هذا الإجراء لأعباء الأسرة، وتكتفي بقدر معين من الرعاية من خلال توفير العلاج إن استدعى الأمر ذلك، مما يجعل هذه الرعاية التي يتلقاها هؤلاء منقوصة؛ نظرا لما يلعبه من دور في الكشف على الأمراض التي يمكن أن تكون لها نتائج خطيرة على حياته إن لم تكتشف في مراحلها الأولى والإسراع إلى علاجها، لذلك فإن عدم وجود هذا النوع من الإجراءات الوقائية في حياتهم يجعلهم وفي كثير من الأحيان يعيشون بأمراض يجهلون بأنهم مصابون بها، ولا ينتبهون لها إلا في مرحلة متقدمة من تطورها.

وإن كان لمتغير الدخل الشهري دور في تحديد درجة الإقبال على الفحص الطبي، فإنه ليس العامل الوحيد الذي يتحكم فيه، بل يمكن لهذا الإجراء أن يتأثر أيضا بالمستوى التعليمي للمسن الذي ينعكس على درجة وعيه بقيمة وأهمية هذا الإجراء على صحته كما هو ملاحظ في الجدول رقم 4 في الملحق رقم2، كما لا ننس دور الحالة الصحية للمسن في الإقبال على استعمال هذا النوع من الإجراءات؛ ليتحول بذلك من طابع وقائي نابع عن وعى المسن إلى ضرورة ملحة وتكميلية للعلاج يستعين بها المسن المريض لمراقبة مرضه، وهذا ما سبق أو لاحظناه في المحور الثالث الخاص بتحليل الفرضية الأولى.

حيث أن كثرة الإصابة بالأمراض وخاصة إذا كان مزمنا تدفع المسن في كل مرة إلى القيام بفحوصات وتحاليل وحتى أشعة لمعرفة الحالة الصحية له بالتحديد، وكثرة هذه الفحوصات تزيد هي الأخرى من قيمة المصاريف التي يعجز عن توفيرها المبحوثين ذوي المداخيل المتدنية، الأمر الذي يضطرهم إلى إهمالها أو التخلي عنه.

2-3 علاقة المستوى بالحمية ونوعية التغذية التي يتلقاها المسن.

إذا كان هذا يخص أحد الإجراءات الوقائية المختلفة، فإن هناك إجراء وقائي ثان والمتمثل في الحمية الغذائية، والذي سنحاول معرفة مدي إقبال هؤلاء المبحوثين على تطبقها وأيضا مدى تأثرها بالمستوى المعيشي للأسرة.

جدول رقم41: علاقة قيمة الدخل الشهري لأسرة المبحوث بمدى إتّباع المسن للحمية الغذائية.

تطبيق الحمية / قيمة الدخل الشهري	يطبقها		أحيانا		لا يطبق أي حمية		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	18	32.7	11	20.0	26	47.3	55	100
25000-15000	11	25.0	13	29.5	20	45.5	44	100
35000-25000	10	50.0	5	25.0	5	25.0	20	100
45000-35000	12	52.2	6	26.1	5	21.7	23	100
45000 فأكثر	15	53.6	7	25.0	6	21.4	28	100
المجموع	66	38.8	42	24.7	62	36.5	170	100

من خلال هذا الجدول الذي يبرز العلاقة بين قيمة الدخل الشهري للأسرة ومدى تطبيق هؤلاء المبحوثين للحمية الغذائية، فإننا نلاحظ أن اتجاهه العام يشير إلى أن هناك نسبة معتبرة من المبحوثين يحرصون على تطبيق حمية غذائية بصفة مستمرة وذلك بنسبة 38.8%، وهذا مقابل نسبة 36.5% منهم لا يطبقون أي حمية غذائية، لنجد أن النسبة المتبقية ليست حريصة بما يكفي لتطبيقها.

وعند ربط هذا المتغير بقيمة الدخل الشهري للأسرة، فإننا نلاحظ أن المسنين الأكثر حرصا على تطبيق الحمية الغذائية بصفة مستمرة هم أصحاب فئات الدخل المرتفعة؛ حيث نجدها تقدر بـ 53.6% عند فئة الدخل 45000 دينار فأكثر، تليها فئة الدخل ما بين 35000-45000 دينار جزائري بنسبة 52.2%، وهذا مقابل نسبة 47.3% من المبحوثين الذين لا يطبقون أصلا حمية غذائية والتي تقابل فئة الدخل الذي لا تتجاوز قيمته الأجر القاعدي، لتبقى فئة المبحوثين الذين يعرفون تذبذبا أو تقطعا في مسار تطبيق حميتهم الغذائية تعرف هي الأخرى علاقة عكسية مع قيمة الدخل الشهري للأسرة، وهذا من خلال ما نلاحظه من ارتفاع لهذه النسبة عند فئة الدخل الذي يتراوح مابين 15000-25000 دينار بنسبة 29.5%، وتنخفض إلى نسبة 25% وهي مقابلة لفئة الدخل الذي يبلغ أو يزيد عن قيمة 45000 دينار جزائري.

وما يفسر هذه العلاقة هو ما يتطلبه تطبيق حمية غذائية من ضرورة اقتناء مجموعة من المواد الغذائية التي يسبب حرجا ماديا للأسرة من أن تكون متوفرة بصفة دائمة على قائمة المواد الغذائية التي تقتنيها بسبب غلاء سعرها، وكما هو

ملاحظ في السنوات الأخيرة من انخفاض في القدرة الشرائية للمواطن الذي لم يعد قادرا حتى على شراء السلع الغذائية المدعمة من طرف الدولة، فماذا لو تعلق الأمر بتلك السلع التي تخضع للمضاربة في السوق، وهذا مقابل نسبة التضخم التي هي في ارتفاع، نتيجة ارتفاع سعر هذه المواد الغذائية (خاصة المنتجات الفلاحية) بصفة مستمرة مع بقاء الدخل الشهري على حاله، أو زيادته بنسب لا تكون متوازنة مع ارتفاع نسب التضخم تلك، لتبقى بذلك قدرة الدخل الشرائية منخفضة ولا تلبي متطلبات الحياة اليومية.

ويظهر ذلك جليا في نوعية التغذية التي يحظى بها المسن، من خلال عدد الوجبات وأيضا المواد الغذائية التي تتكون منها وجباته الغذائية اليومية، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال الجدول التالي الذي يبين العلاقة الموجودة بين قيمة الدخل الشهري وعدد الوجبات اليومية التي يحظى بها المسن.

جدول رقم42: علاقة قيمة الدخل الشهري لأسرة المبحوث بنوعية التغذية المقدمة له.

عدد الوجبات / قيمة الدخل الشهري	أربع وجبات		ثلاث وجبات		وجبتين فقط		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	19	34.5	26	47.3	10	18.2	55	100
15000-25000	21	47.7	19	43.2	4	9.1	44	100
25000-35000	5	25.0	11	55.0	4	20.0	20	100
35000-45000	8	34.8	12	52.2	3	13.0	23	100
45000 فأكثر	10	35.7	15	53.6	3	10.7	28	100
المجموع	63	37.1	83	48.8	24	14.1	170	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام له يشير إلى أن متوسط عدد الوجبات اليومية التي يتناولها المبحوثين هي ثلاث وجبات بنسبة 48.8%، وهذا مقابل 37.1% من المبحوثين الذين يتناولون أربع وجبات في اليوم، في حين نجد أن نسبة 14.1% منهم يتناولون وجبتين فقط في اليوم.

أما عن درجة تأثير قيمة الدخل الشهري على عدد الوجبات اليومية التي يتناولها المسن، فإننا نلاحظ أن نسبة المسنين الذين يتناولون أربع وجبات في اليوم لا تتأثر كثيرا بقيمة الدخل، حيث نجدها تقدر بـ 47.7% من لهم دخل يتراوح ما بين 15000-25000 د.ج، وبنسبة 35.7% عند المبحوثين الذين دخلهم يقدر بـ 45000 دينار فأكثر، أما فيما يخص فئة المبحوثين الذين يتناولون ثلاث وجبات في اليوم فإن تأثير قيمة الدخل تبدوا واضحة قليلا عن سابقتها؛ حيث نجد أن أكبر نسبة لهذه الفئة تقابل فئة المبحوثين الذين دخل أسرهم يتراوح ما بين 25000-35000 د.ج، تليها نسبة

53.6% من لهم دخل شهري يزيد عن 45000 دينار، في حين نجد أن 10.7% منهم من يتناول وجبتين في اليوم وهذا مقابل 18.2% من دخلهم أقل من قيمة الأجر القاعدي.

وما يمكن استنتاجه مما سبق أن هناك نوع من التأثير الذي يلعبه الدخل الشهري للأسرة على عدد الوجبات التي يتناولها المسن في اليوم، فإن كان ارتفاع قيمة الدخل الشهري للأسرة يزيد من عددها إلى أربعة وجبات نظرا لما تتيحه قيمة الدخل الشهري إلى تغطية كافية للمصاريف الموجهة لشراء المواد الغذائية في الشهر رغم غلائها، ولا تكتفي فقط بتوفير عدد الوجبات اللازم والضروري للمسن في اليوم، بل أيضا تقوم بتوفير المواد الغذائية الضرورية، فالعكس هو الحاصل عند الأسر التي تعرف تدني في مداخيلها الذي يدفعها إلى تقليص عدد الوجبات في اليوم من خلال التخلي في كثير من الأحيان على وجبتي الفطور ولمجة المساء، التي تركز بشكل أساسي في مجتمعنا على تقديم الحليب بالدرجة الأولى مرفقا بالخبز أو بعض أنواع الحلويات.

فإن كان لتراجع الدخل الشهري يؤدي إلى انخفاض القدرة الشرائية للأسرة؛ والذي بدوره يدفع إلى عدم التكفل الجيد وتراجع الرعاية من ناحية التغذية التي يتلقاها المسن، بسبب عدم القدرة على توفير العدد الضروري واللازم لعدد الوجبات في اليوم، فإنه يعكس أيضا تلك النوعية التي تميز ذلك الغذاء من خلال طبيعة المواد الغذائية المكونة له، والتي بدورها تؤثر على القيمة الغذائية للطعام المقدم للمسن، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم43: علاقة قيمة الدخل الشهري لأسرة المبحوث بالمواد الغذائية التي يتناولها.

المواد الغذائية / قيمة الدخل الشهري	عجائن+حبوب+ خضر + لحم+ فواكه		عجائن+حبوب+ خضر +فواكه		عجائن+ حبوب+خضر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	10	18.2	13	23.6	31	58.2	55	100
15000-25000	6	13.6	26	59.1	10	27.3	44	100
25000-35000	7	35.0	10	50.0	3	15.0	20	100
35000-45000	9	39.1	11	47.8	3	13.0	23	100
45000 فأكثر	19	67.9	9	32.1	-	-	28	100
المجموع	51	30.0	69	40.0	47	27.6	170	100

يوضح الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن أكبر نسبة من المبحوثين تحتوي وجباتهم الغذائية بالإضافة إلى مواد غذائية من نوع العجائن والبقوليات على نوعين

من المواد المتمثلة في الخضر والفواكه، وذلك بنسبة 40%، تليها فئة المبحوثين الذين يحتوي غذاؤهم بالإضافة إلى الأنواع سابقة الذكر مادة اللحم بنسبة 30%، في حين نجد أن نسبة 27.6% تحتوي وجبتهم على العجائن والحبوب والخضر فقط.

أما فيما يخص علاقة قيمة الدخل الشهري للأسرة بذلك التوزيع، فإننا نلاحظ أن المسنين الذين يمكن القول أنهم يحضون بتناول وجبة غذائية كاملة تحتوي على المواد الغذائية الضرورية حتى يكون الغذاء متوازن هم المسنين الذي تتصف الوضعية المادية لأسرهم بالجيدة بارتفاع الدخل الشهري لهم، حيث نجد أكبر نسبة لمن يحظى بهذه الوجبة عند ذوي دخل يقدر بـ 45000 د.ج أو أكثر منه وذلك بنسبة 67.9%، وتنخفض هذه النسبة لتقدر بـ 18.2% لمن دخل أسرهم يقل عن قيمة الأجر القاعدي، كما نلاحظ أن عدد المواد الغذائية التي يستهلكها المسن تتراجع مع تراجع قيمة الدخل الشهري ، لنجد أن نسبة 58.2% من المسنين الذي يقل دخلهم الشهري عن 15000 د.ج لا تحتوي وجبتهم الغذائية سوى على العجائن والحبوب والخضر فقط، وهذا مقابل 13% فقط من لهم دخل شهري يتراوح ما بين 35000-45000 دينار جزائري.

فكل هذا يؤدي بنا إلى القول بأن هناك علاقة بين قيمة الدخل الشهري للأسرة وطبيعة المواد الغذائية التي يحتويها طعام المسن، هذه العلاقة التي يؤكد وجودها قيمة كا^2 المحسوبة(56.790) التي هي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية(15.508) عند درجة حرية تساوي 8 ومؤشر دلالة 5%، والتي تثبت بأن الارتفاع في قيمة الدخل الشهري يزيد من نوعية الطعام الذي يتناوله المسن والعكس صحيح.

وهذه العلاقة الطردية المتوسطة بين المتغيرين التي يبينها معامل التوافق الذي قدر عند حسابه بـ 0.49؛ تفسر بأن قيمة الدخل الشهري؛ خاصة المداخيل الشهرية المتدنية لهذه الأسر، تبرز مدى تراجع القدرة الشرائية لها والتي تدفعها إلى الحد من استهلاكها لبعض المواد الغذائية التي تعرف نسب مرتفعة من التضخم، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى لتراجع نوعية الغذاء الذي يتناوله المسن.

وهذا ما تبينه كثير من التقارير التي تطرقت إلى الوضع الاجتماعي للسكان في الجزائر، التي نجد من بينها علاقة المداخيل بالاستهلاك المختلف للأسر سواء كان متعلقا بالاستهلاك الغذائي أو غير الغذائي كخدمات الصحية على سبيل المثال، والتي تبين أن القدرة الشرائية التي عرف تدهورا بسبب تلك الظروف الاقتصادية التي كانت تميز البلاد بدء من نهاية الثمانينات، واستمرت إلى اليوم، قد أثرت على استهلاكهم في مختلف المجالات، سواء المتعلق بالغذاء أو الصحة، أو غيرها من الخدمات، وذلك من خلال التراجع أو الحد من استهلاك بعض المواد أو الخدمات، وهذا بالرغم من تلك الجهود التي سعت وما زالت تسعى إلى الرفع من القدرة

الشرائية للمواطن، ولكن تبقى نسبة الزيادة التي تعرفها الأجور تلتهمها نسبة التضخم التي تكبرها دائما[417].

[417]- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير حول: **الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني لسنة 1999**، الدورة العامة الخامسة عشر، الجزائر، ماي 2000، ص 94-96.

استنتاج الفرضية الثانية:

بعد تحليل الفرضية الثانية التي كان الهدف منها محاولة إبراز العلاقة الموجودة بين المستوى المعيشي للأسرة وبين نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن بشقيها العلاجي والوقائي، ومدى رضا المسن عن هذه الرعاية، فقد توصلنا إلى أهم النتائج التالية:

❖ فيما يخص تحليل المحور الأول الذي يبين التقييم الذاتي للمسن للرعاية الصحية التي يتلقاه وتأثير المستوى المعيشي لأسرته على ذلك، فقد وجدنا أنه يزداد رضاه على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها كلما تحسن وارتفع المستوى المعيشي للأسرة، الذي يبرز من خلال ارتفاع قيمة الدخل الشهري للأسرة وذلك بنسبة 60% من الذين يملكون دخل شهري تفوق قيمته 45000 دينار جزائري، وعيشهم في مساكن ذات ملكية خاصة وتوفرها على أغلب التجهيزات الضرورية والكمالية منها والتي قدرت نسبتهم بـ 61%، أي أن هذا المستوى المعيشي لهذه الأسر يبرز لنا تلك القدرة التي تملكها على توفير مصاريف العلاج مهما كانت قيمتها والتي تتيح للمسن الذهاب إلى الطبيب عند المرض دون تأخير وشراء الأدوية حتى وإن كان سعرها مرتفع، وغيرها من الإجراءات التي تساعده على الشفاء من مرضه، أي إمكانية توفير رعاية صحية جيدة من الناحية المادية الملموسة.

ومن جهة أخرى فإن لظروف المسكن الذي يقيم فيه تأثير على رضاه على تلك الرعاية الصحية من الناحية المعنوية، والذي يبرزها أكثر نوع المسكن وكثافة الغرف، حيث أن المسن يزيد رضاه عن تلك الرعاية الصحية المقدمة له إذا كان يقيم في سكن من نوع فيلا بنسبة 66%؛ وهذا نظرا لما يتميز به هذا النوع من ارتفاع في عدد الغرف التي يتكون منها مقارنة بالأنواع الأخرى المتمثلة في الشقق والبيوت التقليدية، وبالتالي فإن اتساع السكن يقلل من كثافة الغرف (عدد الأفراد في الغرفة الواحدة) الذي ينعكس على الجانب النفسي للمسن من خلال إحساسه بالهدوء والراحة وابتعاده عن الإزعاج والضجيج، الأمر الذي يساعده على اجتياز فترة المرض في ظروف نفسية أحسن.

كما أننا من خلال هذا التقييم الذاتي للرعاية الصحية التي يتلقاها المسن في فترة مرضه والتي تتأثر بتلك الظروف المعيشية للأسرة، نستطيع أيضا من خلاله أن نتصور تأثير هذه العوامل على نوعية تلك الإجراءات التي يستفيد منها هؤلاء فيما يخص جانب الرعاية الصحية العلاجية، والذي يوضحه العنصر التالي.

❖ وهو المحور الثاني من تحليل هذه الفرضية الذي يضم الجانب العلاجي للرعاية الصحية وعلاقتها بالمستوي المعيشي للأسرة، فقد وجدنا أنه رغم ذلك التأثير الذي يلعبه المستوى المعيشي للأسرة؛ خاصة الدخل الشهري على مدى

الإقبال على الأطباء المختصين عند القيام بتلك المتابعة، والذي وجدنا نسبتها تزيد كلما ارتفعت قيمة الدخل الشهري لأسرة المسن لتقدر بـ 92% لمن قيمة الدخل الشهري لأسرهم تفوق 45000 دينار جزائري، وتنخفض إلى نسبة 58% عند المسنين الذين لا يتجاوز دخل أسرهم قيمة الأجر القاعدي، وذلك بسبب توجه هؤلاء المسنين أكثر للقطاع الصحي الخاص الذي يتميز بالتكلفة العالية للخدمات التي يقدمها بدء بأجرة الطبيب، وليس في متناول الجميع تلك القدرة على دفعها خاصة ذوي المداخيل المتدنية.

إلا أن هذا التأثير أحيانا لا يبدو واضحا على تلك الإجراءات العلاجية التي يتبعها المسن، وذلك لعدة عوامل أخرى تتدخل في الحد من ذلك التأثير:

فيما يخص الإجراء الأول المترجم في الحرص الدائم على المتابعة الطبية لحالتهم الصحية التي يقوم بها هؤلاء لا يبدوا تأثيره واضحا عليها، حيث نلاحظ أنه يزيد الحرص عليها أكثر بالرغم من تدني تلك المداخيل لهؤلاء المسنين ويعود سبب ذلك إلى عوامل أخرى أقوى تأثير من قيمة الدخل على هذا الحرص، ويأتي في مقدمتها طبيعة تلك الأمراض التي يعاني منها هؤلاء المسنين والتي تتميز بأنها مزمنة كمرض السكري وضغط الدم وأمراض القلب والشرايين ما يدفع المسن أن يكون أكثر حرصا على متابعتها، كما رأينا ذلك من خلال نتائج الفرضية الأولى، بالإضافة إلى تلك الخصائص الاجتماعية والاقتصادية التي يتميز بها هؤلاء المسنين والتي تجعلهم سواء أقل أو أكثر اعتمادا على الأسرة في توفير تلك المصاريف الخاصة بالعلاج، وهذا ما لاحظناه عندما تطرقنا إلى المصادر التي يعتمد عليها هؤلاء المسنين لتوفير مصاريف العلاج المختلفة، حيث وجدنا أن المسنين الذين يقل اعتمادهم على أفراد الأسرة على توفير المصاريف من خلال امتلاكهم لبطاقة الشفاء أو الدفتر الذي يمنحه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للمنخرطين هم من يحرص أكثر على المتابعة الطبية مقارنة بالمسنين الذين يعتمدون في توفير تلك المصاريف على أفراد الأسرة خاصة عند النساء اللواتي معظمهن لا يملكن دخلا شهريا ثابتا بالدرجة الأولى، أو الاعتماد على دخلهم الخاص بالدرجة الثانية، ويزيد هذا الإهمال أكثر إذا كان معاش هذا المسن المصدر الأساسي أو الوحيد لمداخيل هذه الأسر، ليصبح المسن عرضة للضغط بسبب كثرة تلك المصاريف اليومية والتي تضاف إليها مصاريف العلاج، مما يضطره في كثير من الأحيان إلى إهمال أو ترك تلك المتابعة خاصة إذا لم يجد من يدعمه ويساعده عندما يكون بحاجة إلى ذلك؛ وهذا ما سنحاول أن نفصل ونتعمق فيه أكثر من خلال الفرضيتين المتبقيتين لهذا البحث.

لنجد أيضا أن ذلك الإقبال على نوع معين من العلاج لا يتأثر كثيرا بالمستوى المعيشي لأسرة المسن؛ خاصة إذا تعلق الأمر بقيمة الدخل الشهري لها، بالأخص عند اختيار الطريقة الحديثة في معالجة تلك الأمراض بالتوجه إلى الطبيب وشراء

الأدوية اللازمة والتي يعتمدها نسبة 50% من المسنين الذين يشكلون عينة بحثنا، حيث وجدنا أنها لا تتأثر بقيمة الدخل الشهري لأسر هؤلاء المسنين، بل بالعكس فرغم تدني مداخيل أسر فئة من المسنين إلا أننا نجدهم يقبلون على هذه الطريقة بنسبة 60%، الأمر الذي يبرز حرص المسنين على صحتهم بسبب طبيعة الأمراض المزمنة التي يعاني منها وبالتالي لا يخاطرون ولا يجازفون بتجريب الطرق التقليدية، ولكن رغم ذلك نلاحظ أنه تبقى نسبة معتبرة منهم يقبلون على الطريقة التقليدية والتي ترتفع عند ذوي المداخيل المتدنية التي لا تتجاوز قيمتها الأجر القاعدي بنسبة 23% في حين نجدها تقدر بـ 7% فقط من المسنين الذين تفوق قيمة مداخيل أسرهم 45000 دينار جزائري.

بالإضافة إلى هذين الإجراءين اللذين ذكرناهما؛ فإنه رغم ذلك الاعتماد الكبير لأفراد العينة على القطاع الصحي العمومي بنسبة 50%، والذي يلجأ إليه المسنين لمتابعة حالته الصحية قصد التقليل من نفقات العلاج بسبب تعدد الأمراض التي يعانون منها والتي تزيد من عدد الزيارات إلى الطبيب وتزيد معها قيمة الأعباء المتعلقة بتكلفة العلاج، خاصة إذا توجه إلى القطاع الصحي الخاص، والتي تبرزها تلك النسبة المقدرة بـ 54% لمن دخل أسرهم يقل عن 15000 دينار جزائري مقابل انخفاض نسبة الإقبال على هذا القطاع إلى 43% لمن دخل أسرهم يقدر بـ 45000 دينار جزائري أو يزد على ذلك، فهذه القيمة من الدخل تجعل المسن أكثر إقبالا على القطاع الصحي الخاص بنسبة 57%، إلا أنه لا يظهر تأثير قيمة الدخل الشهري بوضوح، خاصة في فئة الدخل الوسطى الذي يتراوح ما بين 25000 و35000 دينار جزائري أين نجد نسبة الإقبال لهذه الفئة على القطاع الصحي العمومي تقدر بـ 69%، ويعود سبب ذلك إلى تلك الخصوصية والامتيازات التي يتمتع بها بعض المبحوثين إما بصفتهم مجاهدين أو كانوا يشتغلون في القطاع العسكري الذي يضمن لهم الاستفادة من تلك الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية التابعة له، بالإضافة إلى استفادتهم من نظام التعويضات التي تصل إلى نسبة 100% في مجال التأمينات الصحية.

وما يمكن استخلاصه من هذا العنصر أنه يبقى هناك تأثير طردي للمستوى المعيشي الجيد بصفة عامة على تحسين تلك الإجراءات المتعلقة بالرعاية الصحية العلاجية التي يقوم بها المسن لعلاج الأمراض التي يعاني منها، بالرغم من أنه في بعض المرات قيمة الدخل الشهري وحده لا يبرز ذلك بشكل واضح بسبب تدخل بعض العوامل الأخرى والتي تبقى أكثر أهمية من تأثير المستوي المعيشي، والذي يظهر جزءا منها من خلال الفرضية الأولى(نوع وعدد الأمراض التي يعاني منها المسن) والجزء الآخر يبقى متعلقا ببعض الخصائص الاقتصادية لهؤلاء المسنين

وما تلعبه من دور في تحديد مصدر توفير مصاريف العلاج والتي سنتطرق إليها أكثر من خلال الفرضيات المتبقية.

❖ وعلى عكس العنصر السابق فإن تأثير المستوي المعيشي للأسرة على الرعاية الصحية الوقائية يبدوا أكثر وضوحا، حيث نجد أن إقبال المسنين على تطبيق الإجراءات المتعلقة بهذا النوع من الرعاية الصحية يتأثر بقيمة المداخيل الشهرية لأسر هؤلاء المبحوثين.

حيث أنه إذا ما لاحظنا مدى الإقبال على ذلك الفحص الطبي الروتيني الذي يعتبر من بين أهم الإجراءات الوقائية في هذا النوع من الرعاية؛ فإننا نجد أن درجة الحرص على القيام به تزيد عند المسنين الذين تتمتع أسرهم بمداخيل شهرية مرتفعة وذلك بنسبة 75% من الذين يزيد ذلك الدخل عن قيمة 45000 دينار جزائري، والعكس فإن انخفاض تلك المداخيل تزيد من نسبة الإهمال وترك هذا الإجراء، خاصة عند المسنين الذين لا تتعدي مداخيل أسرهم قيمة الأجر القاعدي بنسبة 36%، وما يفسر ذلك أن هذا الفحص يعتمد بصفة أساسية كإجراء تكميلي للعلاج المتبع لتلك الأمراض التي يعاني منها المسن ذات الطبيعة المزمنة والتي تتطلب القيام بتلك الفحوصات بصفة دورية والتي قد لا تتجاوز مدة ثلاثة أشهر مما قد يضطر المسن القيام بها في القطاع الصحي الخاص لتفادي تأخير هذا الإجراء نظرا للسرعة في الخدمات التي يقدمها، عكس القطاع الصحي العمومي الذي يتميز بالتدني في الخدمات التي يقدمها والتي تأتي في مقدمتها طول انتظار ذلك الموعد للقيام بهذا الفحص الطبي(القيام ببعض التحاليل والأشعة)، وفي كثير من الأحيان اللجوء إلى هذه الخطوة من خلال الاعتماد على القطاع الصحي الخاص لتسريع العملية يزيد من قيمة النفقات الخاصة بالعلاج، ولذلك نلاحظ الإقبال على ذلك يكون أكثر عند المسنين الذين يعرفون تحسنا في المستوى المعيشي لأسرهم، الذي يسمح لهم بتوفير المستحقات الخاصة بهذا الإجراء بصفة خاصة، ومستحقات مختلف أنواع الرعاية الصحية بصفة عامة.

لتؤكد لنا أيضا درجة الإقبال على الحمية الغذائية مدى الدور الذي يلعبه المستوى المعيشي في تحديد هذا النوع من الرعاية الصحية؛ حيث نجد أن الإقبال على تطبيق الحمية الغذائية مرتبط بتحسن القدرة الشرائية لأسرة المسن من خلال ارتفاع قيمة المداخيل الشهرية لها لنجد أن المسنين الذين تفوق قيمة مداخيل أسرهم 45000 دينار جزائري أكثر حرصا على ذلك بنسبة 53% مقابل 33% من يقل دخل أسرهم عن قيمة الأجر القاعدي، لأن الانخفاض في هذه المداخيل وما يقابلها من ارتفاع في أسعار المواد الغذائية المختلفة، تؤدي إلى تدهور القدرة الشرائية لتلك الأسر، والتي لا تدفع المسن فقط إلى إهمال هذا الإجراء الوقائي بل يتعداه إلى تراجع نوعية التغذية التي يتلقاها بصفة عامة، سواء من خلال تقليص عدد الوجبات الغذائية في

اليوم إلى ثلاث وجبات وقد تصل في بعض الأحيان إلى وجبتين فقط بالاكتفاء بوجبة الغداء والعشاء، أو من خلال الحد أو التقليل من استهلاك بعض المواد الغذائية الضرورية حتى وإن كان لها دور في جعل الغذاء صحي ومتوازن، كما لاحظنا من خلال تلك الجداول التي بينت العلاقة بين قيمة المداخيل ونوع المواد الغذائية التي يتكون منها غذاء المسن، حيث وجدنا أن التدني في قيمة المداخيل تدفع أسرة المسن إلى اقتصارها في أغلب الأحيان على استهلاك العجائن والحبوب والخضر فقط والاستغناء عن الفواكه واللحم بأنواعه.

أي ما يمكن استنتاجه من هذه الفرضية أن المستوى المعيشي للأسرة يبقى لها دور في تحديد الاستهلاك المختلف، سواء كان متعلقا بالجانب الغذائي الذي له دور في تحسين تلك الرعاية الصحية الوقائية، أو في استهلاك تلك الخدمات المتعلقة بالجانب الصحي العلاجي، وبطبيعة الحال المسن ليس بعزل عن هذا الواقع المعاش والذي وجدنا أن له تأثير بدرجات مختلفة على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: تأثير علاقات التضامن الأسري على نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن.

في هذا الفصل سوف نواصل معرفة أهم العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن، وذلك من خلال التطرق إلى نوع علاقات التضامن الأسري ونمط الأسرة التي يمكن لها أن تأثر في هذا النوع من الرعاية، وهو بذلك يعكس محتوى الفرضية الثالثة لبحثنا والتي مفادها: "تراجع علاقات التضامن الأسري بين أفراد الأسرة، وميل الأسرة إلى النمط النووي يؤدي إلى تراجع نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن."

ومن أجل تسهيل العملية قسمناها إلى المحاور الثلاثة الآتية:

أولا: تأثير التضامن الأسري على رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

1-1 علاقة نمط الأسرة برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

جدول رقم44: علاقة نمط الأسرة برأي المسن في الرعاية الصحية المقدمة له.

نوع الرعاية / نمط الأسرة	رعاية جيدة		رعاية حسنة		رعاية سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أسرة نووية	53	54.1	41	41.8	4	4.1	98	100
أسرة ممتدة	32	44.4	36	50.0	4	5.6	72	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال ما يشير إليه الاتجاه العام نلاحظ أن نصف المبحوثين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة وهذا مقابل 45.3% منهم من صرحوا بأنها حسنة، في حين قدرت نسبة الذين صرحوا بأنها سيئة بـ 4.7% فقط.

وعند ربط نوع هذه الرعاية بنمط الأسرة نلاحظ أن المسنين الذين يعيشون في أسر نووية يتلقون رعاية جيدة بنسبة 54.1% وهذا مقابل 44.4% من المسنين الذين يعيشون في أسر ممتدة، في حين نلاحظ العكس أن الأشخاص الذين صرحوا بتراجع الرعاية الصحية التي يتلقاها ترتفع عند المسنين الذين يعشون في أسر ممتدة، وذلك بنسبة 50% من تلقوا رعاية حسنة، وبنسبة 5.6% من صرحوا بأنها سيئة.

وهذه النتائج تبين بأن هناك تأثير لنمط الأسرة على تلك الرعاية التي يتلقاها، ولكن على عكس ما كنا نعتقد بأن الأسرة الممتدة هي التي يختص أفرادها بالرعاية الجيدة، فقد وجدنا أن المسنين الذين ينتمون إلى النمط النووي هم الأكثر تلقيا لذلك النوع من الرعاية التي يتميز بدرجة عالية من الاهتمام، عكس المسنين الذين ينتمون إلى النمط الممتد الذي يتراجع رضاهم عن تلك الرعاية التي يتلقاها بالرغم ما يميزها من عدد كبير لأفراد والذي من المفروض يساعد على التداول على رعايته ما يخفف

من تلك الأعباء والضغط على هؤلاء الأفراد؛ وربما ما يفسر هذا التقييم الذي يوحي بعدم رضا المسن على تلك الرعاية؛ إما بسبب تلك العلاقات التي تجمع بين أفراد هذا النمط التي تتميز بالتوتر والحساسية خاصة مع زوجات الابن، أو من خلال الوضع المادي المتدني والمتدهور الذي يميزها؛ وما يزيد الوضع سوءا في هذا النمط كثرة عدد أفراها، وما قد يقابله من عدد قليل من الأشخاص الذين يعملون أو انعدامهم ليبقى المسن هو المعيل الوحيد لهذه الأسرة، الذي يكون مجبرا على تحمل مصاريف وأعباء الأسرة وتلبية الاحتياجات الكثيرة التي لا يحتملها معاشه، أو ما تتميز به تلك العلاقات التي تخص التضامن والتعاون بين أفراد الأسرة من خلال المشاركة في ميزانية الأسرة، أو تقديم المساعدة عند الحاجة لهؤلاء المسنين، وحتى تلك المساعدة المعنوية من خلال تخصيص وقت له لزيارته عند المرض أو مرافقته للطبيب، التي يكون لها انعكاس إيجابي على حالته النفسية أثناء فترة المرض من خلال ما توفره من شعور بأنه مركز الاهتمام من طرف جميع أفراد الأسرة، وهذا الأمر يقلل من الضغط النفسي والقلق الناتج عن المرض، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال الجداول التالية:

جدول رقم45: علاقة حجم الأسرة برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

حجم الأسرة / نوع الرعاية	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
5-1	24	46.2	24	46.2	4	7.7	52	100
9-5	50	59.5	32	38.1	2	2.4	84	100
13-9	6	25.0	17	70.8	1	4.2	24	100
17-13	5	50.0	4	40.0	1	10.0	10	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

كما يشير الاتجاه العام للجدول أن نصف المبحوثين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية جيدة أثناء مرضهم، وهذا مقابل 4.7% من صرحوا بأنها سيئة.

وعند ربطها بحجم الأسرة لمعرفة درجة تأثيره على هذه الرعاية الصحية، وجدنا أن المبحوثين التي تتشكل أسرهم من 5-9 أفراد صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة بنسبة 59.5%، لتنخفض إلى نسبة 25% عند المبحوثين الذين يتراوح حجم أسرهم ما بين 9-13 فرد، في حين نلاحظ العكس عند المبحوثين الذين صرحوا بأن الرعاية الصحية التي تلقوها كانت حسنة؛ حيث نجدها تقدر بـ 70.8% عند المسنين الذين حجم أسرهم يتراوح مابين 9-13 شخص، وتنخفض هذه النسبة وتتراجع عند فئة المبحوثين الذين أسرهم ذات الحجم الصغير والذي يتراوح ما بين 5-9 أفراد لتقدر بـ 38.1%، ونسبة 2.4% من صرحوا بأن تلك الرعاية كانت سيئة.

فمن خلال هذا يتضح أن حجم الأسرة له تأثير باتجاه عكسي على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن من طرف أفراد أسرته، والتي قد تعود إلى عدة أسباب منها ما ينعكس على نوع الرعاية من الناحية النفسية بسبب العدد الكبير لأفراد الأسرة الذي يميز عادة النمط الممتد*، وما يقابله من ضيق في المسكن كما قد رأيناه من خلال تحليل الفرضية الأولى والتي كان من بين نتائجها الأثر السلبي لكثافة المنزل المرتفعة على رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها هذا من جهة**، ومن جهة أخرى أيضا يظهر تأثيره من الناحية المادية من خلال ارتفاع عدد الأشخاص في الأسرة دون أن يكون هناك توافق أو توازن بين عدد الأشخاص المعالين والأشخاص المعيلين، ويبرز ذلك من خلال عدد الأشخاص المشتغلين، ومدى مشاركتهم في مصاريف الأسرة، وما قد يزيد الأمر سوءا أيضا تراجع علاقات التضامن والتعاون الأسريين التي تجمع بين أفراد تلك الأسر؛ المترجمة في تلك المساعدات المادية التي يمكن أن يستفيد منها المسن.

وهذا ما سنحاول معرفته من خلال الجداول التالية، والتي سنبدؤها بالجدول الذي يبرز العلاقة بين عدد الأشخاص المشتغلين في كل أسرة ورأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

* وتأكيدا على ذلك لدينا الجدول رقم 6 في الملحق رقم 2.

** وللتوضيح أكثر أنظر إلى الجدول رقم 7 في الملحق الثاني، الذي يبرز أن كثافة المنزل تزيد عند الأسر الممتدة، حيث نجد أن نسبة 77.2% من الأسر الممتدة تتراوح كثافة المنزل فيها ما بين 4-6 أفراد في الغرفة الواحدة. مقابل 65% من الأسر النووية التي تتراوح كثافة الغرفة للمسكن شخصين أو أقل.

2-1 علاقة التضامن والتكافل المادي في الأسرة برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

جدول رقم46: علاقة عدد الأشخاص المشتغلون من أفراد أسرة المسن بنوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

نوعية الرعاية		جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
عدد الأشخاص المشتغلون	ونمط الأسرة.	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا يوجد	أسرة نووية	13	37.1	19	54.3	3	8.6	35	100
	أسرة ممتدة	2	50	2	50.0	–	–	4	100
	المجموع	15	38.5	21	53.8	3	7.7	39	100
شخص واحد	أسرة نووية	13	54.2	10	41.7	1	4.2	24	100
	أسرة ممتدة	7	36.8	12	63.2	–	–	19	100
	المجموع	20	46.5	22	51.2	1	2.3	43	100
شخصين	أسرة نووية	15	68.2	7	31.8	–	–	22	100
	أسرة ممتدة	12	42.9	12	42.9	4	14.3	28	100
	المجموع	27	54	19	38.0	4	8.0	50	100
ثلاث أشخاص أو أكثر	أسرة نووية	11	70.6	5	29.4	–	–	17	100
	أسرة ممتدة	12	52.4	10	47.6	–	–	21	100
	المجموع	23	60.5	15	39.5	–	–	38	100
المجموع الكلي		85	50	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال الجدول المبين أعلاه الذي يربط العلاقة بين رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها بعدد الأشخاص المشتغلون في كل أسرة، وكذلك مدي تأثير نمط الأسرة على ذلك، فإننا نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يوحي بأن نصف المبحوثين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة، وهذا مقابل 4.7% من صرحوا بتلقي رعاية سيئة من أفراد أسرتهم.

وعند ربط نوعية الرعاية هذه بعدد الأشخاص المشتغلون في كل أسرة فإننا نلاحظ أن المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية جيدة هم المبحوثين الذين يزيد عدد الأشخاص المشتغلون عن ثلاثة أفراد وذلك بنسبة 60.5% وهذا مقابل 38.5% من الذين لا يوجد أي شخص مشتغل من أفراد الأسرة، في حين نجد أن قلة أو انعدام الأشخاص المشتغلون في أسر هؤلاء المبحوثين يؤثر سلبا على تلك النوعية التي يتراجع مستواها، حيث نجد أن المبحوثين الذين صرحوا بأنها رعاية حسنة تزيد نسبتهم كلما قل عدد الأشخاص المشتغلون من أفراد أسر هؤلاء المبحوثين، حيث

نجدها تقدر بـ 53.8% من الذين لا يوجد أي شخص من الأسرة لديه عمل مأجور، وتنخفض هذه النسبة عند هذا النوع من الرعاية لتقدر بـ 39.5% عند المبحوثين الذين تضم أسرهم أكثر من ثلاث أشخاص مشتغلون.

وبإدخال نمط الأسرة من أجل معرفة مدى تأثيرها على العلاقة الأولى، فإننا نلاحظ أنه إذا كانت الرعاية الصحية الجيدة تزيد عند المبحوثين كلما زاد عدد الأشخاص المشتغلين الذين تضمهم أسرهم، فإننا نلاحظ بأنها تكون أكثر عند المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر نووية، حيث نجد أن نسبة المبحوثين الذين تلقوا رعاية جيدة وعدد الأشخاص المشتغلون من أفراد أسرهم يزيد عن ثلاثة أفراد وينتمون إلى أسر ذات نمط نووي تقدر بـ 70.6% مقابل نسبة 52.4% منهم ينتمون إلى أسر ممتدة، أما المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية حسنة تنخفض نسبتهم لتصل إلى 41.7% لمن تضم أسرهم ذات النمط النووي شخص واحد مشتغل ولديه دخل، وهذا مقابل ارتفاعها إلى نسبة 63.2% عند المبحوثين الذين ينتمون إلى الأسر ذات النمط الممتد.

ومن خلال كل ما سبق التطرق إليه فإننا نلاحظ أنه إذا كان لعدد المشتغلين الذي تضمهم أسر المبحوثين تأثير على رأيهم في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقونها، حيث يزداد رضاهم على تلك الرعاية كلما زاد عدد الأفراد المشتغلين، ويزيد هذا الرضا أكثر عند هؤلاء المسنين الذين ينتمون إلى أسر ذات نمط نووي التي تتميز بالحجم الصغير، فإنه ما يفسر هذه العلاقة بين عدد المشتغلين ونمط الأسرة، هو أن الارتفاع في عدد المشتغلين في الأسر النووية ذات الحجم الصغير يزيد ويرفع قيمة المداخيل لهذه الأسر ويزيد ذلك الدعم المادي لها؛ أي أنه يحدث توازن بين عدد الأفراد المعالين والأشخاص الذين يعيلونهم، مما يحسن المستوى المعيشي لهم والذي ينعكس أيضا بطبيعة الحال على نوعية الرعاية الصحية التي يقدمها هذا النمط من الأسر لأفرادهم المسنين، وذلك بتوفير جميع المتطلبات التي يحتاجها المسن للعلاج أو الوقاية وتجنب الإصابة بالأمراض، التي تظهر من خلال رضاه عن تلك العناية التي يحظى بها، وهذا عكس ما هو حاصل عند المبحوثين الذين تضم أسرهم عدد قليل من أفراد الأسرة أو عدم وجود أشخاص مشتغلون ليبقى المسن المعيل الوحيد للأسرة؛ خاصة إذا كانت هذه الأسر ذات نمط ممتد والتي تتميز بحجمها الكبير، وما ينتج عن ذلك من ارتفاع في عدد أفرادها المعالين، مما يؤدي إلى تراجع المستوى المعيشي لها؛ نتيجة ضعف مداخيلها المالية مقابل تلك المتطلبات والاحتياجات الكثيرة للعدد الكبير لأفرادها بصفة عامة، وأيضا انعكاسها سلبا على توفير رعاية صحية ذات نوعية جيدة للمسن بصفة خاصة.

إذا كان هذا يتعلق بتأثير عدد الأشخاص المشتغلين الذي تضمهم الأسرة حسب نمط هذه الأخيرة على رضا المسن على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها من

أفراد أسرته، فإن الأمر لا يتوقف فقط على عدد المشتغلين فيها بل يتعداه أيضا إلى مدى مشاركة هؤلاء في تحمل أعباء ومصاريف الأسرة المختلفة، والتي نجد من بينها أعباء ومصاريف العلاج التي تتطلبها الحالة الصحية للمسن، والتي عادة ما تتميز صحته بالتدهور ومعاناته من مجموعة من الأمراض التي تتطلب رعاية مستمرة، خاصة إذا كانت مزمنة، والذي يزيد من الضغط على ميزانية الأسرة(من خلال ما يسود بين أفراد هؤلاء الأسر من روح التضامن والتعاون الآلي إن صح القول)، وهذا ما سنحاول معرفته من خلال الجدول التالي الذي يربط العلاقة بين مدى مشاركة هؤلاء الأفراد المشتغلون حسب نمط الأسرة على رضا المسن على تلك الرعاية الصحية التي تقدم له من أفراد أسرته.

جدول رقم47: علاقة مدي مشاركة أفراد الأسرة في الميزانية برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

المشاركة في الميزانية	نوع الرعاية / نمط الأسرة	جيدة ك	جيدة %	حسنة ك	حسنة %	سيئة ك	سيئة %	المجموع ك	المجموع %
يشاركون	أسرة نووية	26	60.5	16	37.2	1	2.3	43	100
	أسرة ممتدة	25	49.0	24	47.1	2	3.9	51	100
	المجموع	51	54.3	40	42.6	3	3.2	94	100
لا يشاركون	أسرة نووية	14	70.0	6	30.0	-	-	20	100
	أسرة ممتدة	5	29.4	10	58.8	2	11.8	17	100
	المجموع	19	51.4	16	43.2	2	5.4	37	100
المجموع الكلي		70	53.4	56	42.7	5	3.8	131	100

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول، نلاحظ أن اتجاهه العام يبين أنه من أصل 131 مبحوث تضم أسرهم على الأقل شخص واحد مشتغل ولديه دخل شهري، هناك نسبة 53.4% منهم صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية جيدة، مقابل نسبة ضعيفة من الذين صرحوا بأن تلك الرعاية سيئة بنسبة 3.8% فقط.

وبربط هذه الأخيرة بمدى مشاركة هؤلاء الأفراد المشتغلون في ميزانية الأسرة وتحمل أعبائها؛ فإننا نلاحظ أن المبحوثين الذين أفراد أسرهم المشتغلون يشاركون في ميزانية الأسرة صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة بنسبة 54.3% مقابل 51.4% من الذين لا يشارك أفراد أسرهم المشتغلون في ميزانية الأسرة، في حين نلاحظ أيضا أن عدم المشاركة في ميزانية الأسرة تزيد من تراجع رضا المبحوثين عن نوعية الرعاية الصحية، حيث قدرت نسبة المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية حسنة بـ 43.2%.

حيث نلاحظ أنه رغم تلك العلاقة الطردية بين درجة المشاركة في ميزانية الأسرة من طرف هؤلاء الأفراد المشتغلون الذي تضمهم أسر المبحوثين ورضا المسنين على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها؛ إلا أن تأثيرها يبقى ضئيل، ولذلك حاولنا إدخال المتغير الرّائز على هذه العلاقة والمتمثل في نمط الأسرة، لمعرفة مدى تأثير مشاركة هؤلاء في النمطين الممتد والنووي على رأي المسن في تلك الرعاية، حيث وجدنا أن نسبة المسنين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية جيدة تبقى مرتفعة عند الذين ينتمون إلى أسر نووية بغض النظر إذا كانت هناك مشاركة في ميزانية الأسرة وتحمل أعبائها أم لا، حيث نجدها تقدر بـ 60.5% عند الذين أفراد أسرهم المشتغلون يشاركون في ميزانية الأسرة، وهي لا تختلف كثيرا عند نسبة المبحوثين الذين لا يشارك أفرادها المشتغلون في تلك الميزانية والتي قدرت بـ70%، ولكن فيما يخص المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر ذات نمط ممتد فإن الأمر يختلف؛ حيث نلاحظ أن المبحوثين الذين ينتمون إلى هذا النمط من الأسر ويشارك أفراد أسرهم المشتغلون في ميزانية الأسرة وصرحوا بأنهم تلقوا رعاية جيدة ترتفع نسبتهم لتقدر بـ 49%، وتنخفض هذه النسبة لهذا النوع من الرعاية عندما لا يكون هناك مشاركة في تلك الميزانية لتقدر نسبة هؤلاء بـ 29.4%، في حين نلاحظ أيضا أن تراجع رضا المبحوثين يتأثر بنمط الأسرة التي ينتمي إليها المسن، حيث نجد أن هذا الرضا يتراجع وينخفض كلما اتجهنا إلى النمط الممتد الذي لا يشارك أفراده المشتغلون في ميزانية الأسرة لتقدر نسبة المسنين الذين صرحوا بأن الرعاية التي يتلقونها هي رعاية حسنة بـ 58.8%، وبنسبة 11.8% من الذين يرونها بأنها سيئة.

ومن خلال كل ذلك فإننا نلاحظ أن تأثير مشاركة الأفراد المشتغلون تزيد شدتها على رأي المبحوث في نوعية الرعاية تلك حسب نمط أسرة المسن، حيث نجد أن رضاه على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها تزيد كلما كان هناك مشاركة في تلك الميزانية في النمط الممتد وتقاسموا الأعباء فيها، والعكس فإن التراجع في المشاركة في هذا النمط تؤدي إلى عدم رضا هؤلاء المبحوثين على تلك الرعاية، وهذا يفسر من خلال تلك الظروف المادية المتدهورة والتي في بادئ الأمر لا تسمح للأبناء المتزوجين بالاستقلال في المسكن عن أبائهم رغم رغبتهم في هذا، والتي تجعلهم يتبنون برنامج أو مخطط للوصول لهدفهم بتحقيق هذه الرغبة في الانفصال عن الأسرة الأم إلى عدم تكليف أنفسهم في تحمل أعباء مصاريف الأسرة، أو تجنب جزء منها قصد توفير المال اللازم لتحقيق ذلك الهدف أو المشروع، تاركين تلك الأعباء على المسن الذي يكون مجبرا على توفير احتياجات الأسرة الكثيرة، بدخله الذي قد لا يكفي حتى لتغطية الأمور الضرورية منها، ما يزيد من ضغط الأعباء عليه، بالإضافة إلى أننا نجد أن البعض من هؤلاء لا يعملون بصفة دائمة مما يجعلهم معرضين إلى مشكل البطالة من فترة إلى أخرى.

وهذه العوامل التي تودي إلى التراجع في مداخيل أو في الميزانية الخاصة بالمصاريف الأسرة اليومية أيضا تؤثر سلبا على نوعية الرعاية المقدمة له من خلال تراجع قيمة المصاريف المخصصة لتلقي العلاج هذا من جهة.

ومن جهة أخرى فإن مشاركة هؤلاء في تلك الميزانية عند الأسر ذات النمط النووي ومساعدة هؤلاء المسنين في تحمل الأعباء المختلفة للأسرة فإنه يؤدي ذلك إلى تحسن الوضع المادي للأسرة خاصة إن كانت تتميز بحجم صغير، وتصبح بذلك قادرة على تحمل أعباء هذه الرعاية مهما كانت قيمتها، والتي يعكسها رضا هؤلاء المسنين على تلك الرعاية بشقيها المادي؛ من خلال توفير المصاريف اللازمة والكافية للعلاج، و شقها المعنوي؛ من خلال توفير الجو الملائم لحالته الصحية والسهر والحرص على خدمته وراحته في فترة المرض.

هذا فيما يخص تأثير أحد طرق أو أشكال التضامن بين أفراد الأسرة والمتمثل في المشاركة في تحمل أعباء الأسرة المادية اليومية، أما فيما يخص تأثير الشكل الثاني من التعاون والتكافل عند الحاجة بين أفراد الأسرة، من خلال تقديم هؤلاء الأفراد المساعدة عندما يكون المسن محتاج لذلك، والتي قد تزيد من رضا المسن على تلك الرعاية المقدمة له، وهذا ما سوف نحاول معرفته من خلال الجدول التالي؛ الذي يربط العلاقة بين مدى تلقي المسن للمساعدات المالية ورأيه في نوعية تلك الرعاية الموجهة له.

جدول رقم48: علاقة تقديم المساعدة للمسن عند الحاجة برأيه في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

نوع الرعاية / مدى تقديم المساعدة	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
في كل مرة يطلب ذلك	52	69.3	22	29.3	1	1.3	75	100
أحيانا	9	26.5	23	67.6	2	5.9	34	100
لا يقومون بذلك مطلقا	17	34.0	28	56.0	5	10.0	50	100
لا يطلب المساعدة	7	63.6	4	36.4	-	-	11	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

يشير الاتجاه العام للجدول الذي يبرز العلاقة بين مدى تلقي المبحوث للمساعدات المادية من أفراد الأسرة ومدى رضاه عن الرعاية الصحية التي يتلقاها، أن حوالي نصف المبحوثين صرحوا بأنهم يحضون برعاية صحية جيدة.

ولكن عند ربط هذه الأخيرة بمدى تلقي هؤلاء للمساعدات مالية عند الحاجة، فإننا نلاحظ أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية جيدة هم الذين يتلقون مساعدات مالية في كل مرة يطلبون ذلك وهذا بنسبة 69.3%، وأيضا بنسبة

63.6% من الذين ليسوا بحاجة إلى تلك المساعدة لأن مداخيلهم كافية ومرتفعة، وهذا مقابل انخفاض نسبة هذا النوع من الرعاية عند المبحوثين الذين لا يحصلون في كثير من الأحيان على المساعدات التي يطلبونها من أفراد الأسرة لتقدر بـ 26.5%، كما أن التراجع في تقديم المساعدات المالية التي يطلبها المسن تؤدي أيضا إلى تراجع رضا المسن على نوعية الرعاية الصحية؛ من خلال عدم تلبية متطلبات العلاج أو إهمالهم لحالته الصحية من خلال عدم توفير العلاج الجيد أو تأخير ذهابه إلى الطبيب، أو عدم الحرص على القيام بشؤونه في المنزل وعدم توفير ما تحتاجه حالته الصحية من الناحية المادية والمعنوية في هذه المرحلة أو إهمال زيارته عند المرض أو عدم مرافقته إلى الطبيب، حيث نجد هذا النوع من الرعاية يبرز كلما تراجع دور الأسرة في تقديم تلك المساعدات، حيث نجد أن نسبة 67.6% من الذين في كثير من الأحيان لا يتلقون تلك المساعدة قد صرحوا بأن تلك الرعاية كانت حسنة نوعا ما، وهذا مقابل نسبة 29.3% فقط من المبحوثين الذين يتلقون تلك المساعدات المادية.

كما أنه ما يبرز وجود تلك العلاقة بين هذين المتغيرين تلك القيمة لمعامل اختبار استقلالية الظواهر كا^2 المحسوبة (27.177) التي فاقت قيمة كا^2 الجدولية (12.592) عند درجة حرية(ddl=6) ومؤشر دلالة (&=5%)، التي تؤكد على وجود علاقة طردية بين المتغيرين، حتى وإن كانت منخفضة كما تبينها قيمة معامل التوافق التي قدرت بـ (+037).

ومنه نستنتج أن وجود المسن في وضعية مادية مريحة لا تدفعه إلى طلب المساعدة من أبنائه، بل بالعكس يسعى هو إلى تقديم تلك المساعدة لهم، أو تمكنه من الحصول على الدعم من مصدر أخر يدعم الجانب المادي له إذا كان دخله الخاص لا يكفي لتوفير احتياجاته المختلفة والتي نجد من بينها مصاريف العلاج، وذلك من خلال الاعتماد على مساعدة أفراد أسرته، يزيد من رضاه على نوعية الرعاية التي يتلقاها منهم، ذلك لأن استعداد هؤلاء لتقديم المساعدة في كل وقت يطلبها المسن يعكس ذلك الاهتمام الذي يوليه هؤلاء الأبناء لآبائهم المسنين والذي بطبيعة الحال أمام هذا الوضع لا يكون المسن قلقا على توفير مصاريف العلاج إذا لم يكفي دخله لذلك، على عكس المسنين الذين تتميز علاقات التضامن من هذا النوع بالتراجع؛ فإن المسن يبقى يواجه تلك الظروف الصعبة بمفرده، وبالمقابل أيضا عدم تقديم هذا النوع من المساعدة يراها المسن بأنها نوع من الإهمال وعدم الاهتمام لأمره وبالتالي تنعكس سلبا على تلك العلاقات التي تجمع بينهم مما قد يؤثر على نوعية الرعاية الصحية أيضا من جوانبها الأخرى.

إذا كان هذا هو تأثير طبيعة علاقات التضامن والتعاون المادي بين أفراد الأسرة على رضا المسن على تلك الرعاية من الناحية المادية، فإنه من خلال الجداول التالية

سوف نحاول معرفة علاقة ذلك التضامن المعنوي من خلال تخصيص وقت للزيارات المرضية، أو تلك المرافقة التي يحظى بها عند زيارة الطبيب وتأثيرها على رأيه في نوعية الرعاية التي يتلقاها.

3-1 علاقة التضامن المعنوي في الأسرة برأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

جدول رقم49: علاقة الزيارات المرضية التي يتلقاها المسن برأيه في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

نوع الرعاية / تلقي الزيارات	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يتلقى الزيارة باستمرار	57	60.6	36	38.3	1	1.1	94	100
أحيانا	24	40.0	34	56.7	2	3.3	60	100
لا يتلق أي زيارة	4	25.0	7	43.8	5	31.3	16	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول يشير إلى أن حوالي 50% من المبحوثين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة، فإنه عند ربطها بمدى تلقي المسن للزيارات أثناء مرضه، لمعرفة درجة تأثير هذه الأخيرة على تقييم المسن لتلك الرعاية، فإننا نلاحظ أن نسبة المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية جيدة ترتفع عند المبحوثين الذين يتلقون الزيارات في كل مرة يمرضون فيها لتقدر بـ 60.6%، مقابل انخفاض هذا النوع من الرعاية عند المبحوثين الذين لا يتلقون أي زيارة أثناء مرضهم سواء بسبب البعد أو عدم توفر وقت لأفراد أسرهم المستقلين عنهم في المسكن، أو بسبب وجود خلاف بينهم لتقدر بـ 25%.

في حين نلاحظ العكس عندما يتعلق الأمر بالتقليل أو عدم القيام بتلك الزيارات المرضية التي تؤدي إلى تراجع رضا المسن على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن، حيث نجد أن نسبة المبحوثين الذي صرحوا بأنها حسنة ترتفع لتصل إلى 56.7% عند المبحوثين الذين أحيانا ما يتلقون هذا النوع من الزيارات، ويتواصل هذا التراجع في رضاه لنجد أن نسبة المبحوثين الذين يرون بأن هذه الرعاية سيئة تقدر بـ 31.3% من الذين لم يتلقون أي زيارة.

والدليل على وجود هذه العلاقة هي قيمة اختبار كا^2 المحسوبة لاستقلالية الظواهر من خلال ما تبرزه قيمتها(34.411) التي تكبر قيمة كا^2 الجدولية (24.98) عند درجة حرية (ddl=4) ومؤشر دلالة(&=5%)، التي تؤكد أنه كلما كان هناك تراجع في الزيارات التي يتلقاها المسن كلما تراجع رضاه عن تلك الرعاية التي يتلقاها، وما يؤكد تلك العلاقة الطردية حتى وأن كانت منخفضة قيمة معامل سيبرمان الذي قدر بـ (+0.29).

حيث أن هذا التراجع في تقييم المسن لنوعية الرعاية التي يتلقاها كلما تراجع اهتمام أبنائه المتزوجين بزيارته أثناء فترة مرضه لديها مبررها، حيث أن المسن يبقى دائما يحتاج إلى الدعم والمساندة بشتى أنواعها؛ وحتى الجانب المعنوي منها والذي يتجسد جزء منها في تلك الزيارات، والتي يكون لها تأثير خاصة على الجانب النفسي للمسن الذي يكون بحاجة إلى رفع معنوياته وإبعاد عنه تلك الأفكار السلبية التي تكون في معظمها تدور حول قرب الأجل و دنو ساعته خاصة إذا كان مرضه شديد، فهذه الزيارات توفر نوع من الطمأنينة والدعم المعنوي الذي يبعد عنه هذا النوع من التفكير، كما أن المسن في هذا الوضع غالبا ما يحبذ اجتماع كل أفراد أسرته من حوله، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن هذا النوع من الزيارات تصبح أمرا ضروريا وملحا إذا تعلق الأمر بالمبحوثين الذين يقيمون بمفردهم بسبب الترمل أو الطلاق واستقلال أبنائهم المتزوجين عنهم، أين يكنون بحاجة إلى من يرعاهم ويعتني بهم في فترة مرضهم خاصة إذا كانوا عاجزين على ذلك، وهذه الزيارات من فترة إلى أخرى لتفقد حالته والقيام ببعض شؤونه تغطي جزءا من تلك الاحتياجات في فترة مرضه، ولذلك فإنه عندما يحرم المسن من هذه الزيارات أو تتقلص تتراجع استفادته من تلك الخدمات أو يحرم من العناية الناتجة عنها.

بالإضافة إلى ذلك فإن المسن قد يحتاج أحيانا لمن يرافقه عند زيارة الطبيب خاصة إذا كانت حالته الصحية لا تسمح له بالتنقل بمفرده مما يضطره إلى مرافقة أحد أفراد أسرته لمساعدته، ولهذا سنحاول معرفة مدي تأثير تلك المرافقة والشخص الذي يقوم بها على رأي المسن في تلك الرعاية التي يتلقاها، وهذا من خلال الجدول التالي:

جدول رقم50: علاقة مدى مرافقة المسن للطبيب بمدى رضاه عن الرعاية الصحية.

نوعية الرعاية / المرافقة إلى الطبيب	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بمفرده	23	39.7	30	51.7	5	8.6	58	100
مع الزوجة/ الزوج	17	65.4	7	26.9	2	7.7	26	100
مع أحد الأبناء	42	52.5	37	46.3	1	1.3	80	100
أخر	3	50.0	3	50.0	-	-	6	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

إذا كان رأي المسن في تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها تتصف بالجيدة بنسبة 50%، مقابل 4.7% منهم من يراها أنها سيئة، فإنه عند ربطها بطبيعة الشخص الذي يرافق المسن عند زيارته للطبيب نجد بأن هذا التقييم يزيد إيجابية كلما كان هناك

مرافقة معه عند ذهابه إلى الطبيب وتزيد درجة الرضا هذه أكثر إذا كان المرافق هو الشريك الثاني (الزوج فيما يخص النساء، والزوجات فيما يخص الرجال المسنين)؛ حيث نجد نسبتهم تقدر بـ 65.4% من يصفونها بأنها جيدة، وتليها نسبة 52.5% من المبحوثين الذين يحظون بمرافقة أحد أبنائهم عند زيارة الطبيب، وهذا مقابل نسبة 51.7% من المبحوثين الذين يذهبون بمفردهم إلى الطبيب يصفون تلك الرعاية بأنها حسنة، وتنخفض تلك النسبة لهذا النوع من الرعاية عند فئة المبحوثين الذين يحظون بمرافقة شريك حياتهم عند زيارة الطبيب لتلقي العلاج لتقدر بـ 26.9% فقط.

فمن خلال هذه المعطيات يتضح لنا أن مرافقة أحد أفراد أسرة المسن عند ذهابه إلى الطبيب تنعكس إيجابا على رأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، ذلك أن هذه المرافقة توفر له نوعا من الرعاية سواء من الناحية المعنوية من خلال ما يمكن أن يقدمه الشخص المرافق من تسهيل أثناء الفحص سواء بتوضيح الحالة الصحية للمسن بدلا عنه خاصة إذا كان غير قادر على ذلك، أو ما يجب أن يفهمه المسن من تعليمات الطبيب إذا كان هذا المسن أمي أو يعاني من ضعف السمع مما يتطلب من الأفراد الآخرين التكفل بإيصال هذه التعليمات للمسن؛ كما ذكر لنا ذلك أحد المبحوثين أنه يضطر في كل مرة يذهب فيها إلى الطبيب اصطحاب ابنته لأنه من جهة أمي ومن جهة أخرى سمعه ضعيف، كما يمكن لها أن تخفف هذه المرافقة عناء التنقل والانتظار عند الطبيب، أو ما يمكن أن توفره من رعاية من جانبها المادي من خلال تكفل الشخص المرافق بجميع المصاريف؛ النقل، أجرة الطبيب، ثمن الدواء،...إلخ، هذا في حالة إصابة المسن بأمراض لا تحد من حركته، لتصبح هذه المرافقة ضرورية إذا كان هذا المسن عاجزا عن الحركة بسبب المرض أو بسبب الكبر الذي يجعل منه شخصا عاجزا عن الحركة.

إن كانت هذه العوامل التي ذكرناها لها تأثير بدرجات مختلفة على التقييم الذاتي للمسن فيما يخص الرعاية الصحية التي يتلقاها، فإن هذا التقييم يعكس أيضا نوع تلك الخدمات الصحية التي يتلقاها؛ سواءً كانت علاجية أو وقائية، وهي الأخرى أيضا قد تتأثر بتلك العوامل، ومن أجل معرفة ذلك فإننا سوف نتطرق إلى ذلك، من خلال محورين أساسيين؛ الأول يضم مدى تأثير علاقات التضامن والتعاون المادي الأسري على تلك الرعاية الصحية العلاجية، والتي تترجم من خلال مدى المتابعة الطبية للأمراض التي يعاني منها، والقطاع الصحي التي تتم فيه، ومدى المسارعة إلى الطبيب عند المرض وأي أنواع العلاج المتبعة في الوهلة الأولى عند المرض، والمحور الثاني يضم مدى تأثير علاقات التضامن المادية على الرعاية الصحية الوقائية، والتي تنطوي على مدى إجرائه للفحص الطبي، ومدى تطبيق الحمية الغذائية، ونوعية الغذاء الذي يتناوله المسن من خلال عدد الوجبات التي تخصص له في اليوم.

ثانيا: تأثير التضامن الأسري على نوعية الرعاية الصحية العلاجية المقدمة للمسن.

من خلال هذا المحور سوف نحاول التعرف على تلك العلاقة التي تربط بين أشكال التضامن المادي التي تميز علاقات أفراد أسر المبحوثين، من خلال المشاركة في ميزانية الأسرة وتحمل جزء من المصاريف اليومية لها، وكذلك مدي تلقي المسن للمساعدات المادية عند الحاجة لها، وبين نوعية تلك الخدمات والعناية الصحية التي تخصص له، متابعة ونوع العلاج المقدم، وغيرها من الإجراءات التي يجب أن توفر لرعاية المسن من الجانب العلاجي.

2-1 علاقة التضامن الأسري بمدى المتابعة الطبية والقطاع الصحي التي تتم فيه

جدول رقم51: علاقة نمط الأسرة بمدى المتابعة الطبية التي يقوم بها المسن.

المتابعة الطبية / نمط الأسرة	يتابع		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أسرة نووية	37	50.0	30	40.5	7	9.5	74	100
أسرة ممتدة	24	49.0	17	34.7	8	16.3	49	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12.2	123	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول المبين أعلاه الذي يربط العلاقة بين نمط الأسرة وطبيعة تلك المتابعة التي يقوم بها المسن للأمراض التي يعاني منها، فإننا نلاحظ أن اتجاهه العام يشير إلى أن حوالي 49.6% من المبحوثين يحرصون بصفة مستمرة على المتابعة الطبية لحالتهم الصحية، وهذا مقابل 12.2% فقط منهم لا يقومون بتلك المتابعة.

وعند إدخال المتغير المستقل المتمثل في نمط الأسرة لمعرفة علاقته بطبيعة تلك المتابعة الطبية للحالة الصحية من طرف المسن، فإننا نلاحظ أن المبحوثين الذين هم أكثر حرص نوعا ما على تلك المتابعة الدائمة والمستمرة لحالتهم الصحية تبرز عند الذين ينتمون إلى الأسر ذات النمط النووي وذلك بنسبة 50%، وهي لا تبتعد كثيرا عن نسبة المبحوثين الذين ينتمون إلى النمط الممتد والتي تقدر بـ 49%، في حين نلاحظ أن المبحوثين الأكثر إهمالا وعدم متابعة لحالتهم الصحية هم الذين ينتمون إلى الأسر ذات النمط الممتد وذلك بنسبة 16.3%، وهذا مقابل نسبة 9.5% فقط من الذين ينتمون إلى أسر نووية.

من خلال هذا التحليل لهذه المعطيات التي يحتويها الجدول نستنتج أن نمط الأسرة التي ينتمي إليها المسن ليس لها تأثير كبير وواضح فيما يخص الحرص الذي يوليه هذا الأخير لمتابعة حالته الصحية، ولكننا نلمس نوع من التأثير فيما يخص حالة المبحوثين الذين لا يقومون مطلقا بالمتابعة الطبية، حيث نجدها تكثر هذه الحالة

عند المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر ذات نمط ممتد، وقد يعود ذلك إلى عدة عوامل وظروف اقتصادية واجتماعية؛ خاصة فيما يتعلق بطبيعة علاقات التضامن والتعاون التي تميز كل نمط، وتنعكس سلبا بطبيعة الحال على تراجع أو انعدام تلك المتابعة التي كان من المفترض أن يقوم بها المسن، وذلك باعتبارها أهم عنصر أو إجراء علاجي يقوم به المسن عند إصابته بالمرض.

ولذلك فإنه من خلال الجداول التالية سنحاول التفصيل في بعض الظروف والخصائص التي تميز كل نمط من تلك الأنماط، ومدي تأثيرها على درجة المتابعة التي يقوم بها المبحوثين، وذلك بالتطرق إلى طبيعة ونسبة المشاركة في ميزانية الأسرة لأفراد أسر المبحوثين، وكذلك مدى تقديم المساعدات المالية له.

جدول رقم52: علاقة مدى المشاركة في الميزانية حسب نمط الأسرة بدرجة المتابعة الطبية التي يقوم بها المسن.

المتابعة الطبية		يقوم بالمتابعة		أحيانا		لا يقوم بالمتابعة		المجموع	
مدى المشاركة	نمط الأسرة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يشاركون	أسرة نووية	16	59.3	9	33.3	2	7.4	27	100
	أسرة ممتدة	16	45.7	15	42.9	4	11.4	35	100
	المجموع	32	51.6	24	38.7	6	9.7	62	100
لا يشاركون	أسرة نووية	9	60.0	3	20.0	3	20.0	15	100
	أسرة ممتدة	6	54.5	2	18.2	3	27.3	11	100
	المجموع	15	57.7	5	19.2	6	23.1	26	100
المجموع		47	53.4	29	33.0	12	13.0	88	100

من خلال الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن اتجاهه العام يشير إلى أن أكثر من نصف المبحوثين يقوم بالمتابعة الطبية للمشاكل الصحية والأمراض التي يعانون منها بنسبة 53.4%، وهذا مقابل 13% منهم لا يقومون بمتابعة حالتهم الصحية.

وعند إدخالنا للمتغير المتمثل في مشاركة الأفراد المشتغلون في الميزانية لأسر المبحوثين بغرض التعرف على العلاقة التي تربطه بطبيعة المتابعة الطبية؛ فإننا نجد أن حرص المبحوثين على تلك المتابعة يبقى كبيرا رغم عدم مشاركة هؤلاء الأفراد المشتغلون في مصاريف الأسرة، حيث نجدها تقدر بـ 57.7%، وهذا مقابل 51.6% من الذين أفراد أسرهم يشاركون في تلك المصاريف اليومية المختلفة التي تحتاجها الأسرة، وعلى العكس فإن المبحوثين الذين لا يقومون بالمتابعة الطبية للمشاكل الصحية والأمراض التي يعانون منها تزيد وترتفع نسبتهم في فئة المبحوثين الذين لا يشارك أفراد أسرهم في تحمل الأعباء المادية لتلبية احتياجات الأسرة لتقدر

بـ23.1%، وهـذا مقابـل نسـبة 9.7% فقـط مـن المبحـوثين الـذين أفـراد أسـرهم المشـتغلون يساهمون في تغطية أعباء الأسرة المادية.

ومـن أجـل التعمـق أكثـر فـي هـذه العلاقـة، وذلـك بإدخـال متغيـر نمـط الأسـرة، فإننـا نلاحـظ أن حـرص المبحـوثين علـى تلـك المتابعـة الطبيـة يكـون أكثـر عنـد المسـنين الـذين ينتمـون إلـى أسـر نوويـة بغـض النظـر عمـا إذا كانـت هنـاك مشـاركة للأفـراد المشـتغلون فـي مصـاريف الأسـرة أم لا، والتـي قـدرت نسـبتهم بحـوالي 60%، أمـا فيمـا يخـص المبحـوثين الـذين ينتمـون إلـى أسـر ذات نمـط ممتـد فإنـه رغـم المشـاركة فـي ميزانيـة الأسـرة للأفـراد الـذين يشـتغلون فيهـا تبقـى نسـبتهم منخفضـة بنسـبة 45.7%؛ وهـذا مقارنـة بـالمبحوثين الـذين لا يشـارك أفـراد أسـرهم المشـتغلون فـي ميزانيـة الأسـرة والتـي قـدرت نسـبتهم بــ 54.5%، فهـذه العلاقـة بـين هـذين المتغيـرين تبـدوا أكثـر وضـوحا فيمـا يخـص تلـك المتابعـة المتقطعـة التـي يقـوم بهـا فئـة مـن المبحـوثين، حيـث نجـد أن هـذا التقطـع تـنخفض نسـبته عنـد الـذين لا يشـارك أفـراد أسـرتهم فـي الميزانيـة وتزيـد أكثـر عنـد الـنمط الممتـد بنسـبة 18.2%، لتتوجـه هـذه الفئـة أكثـر نحـو التخلـي وإهمـال تلـك المتابعـة الطبيـة للحالة الصحية عند نفس النمط وذلك بنسبة 27.3%.

وفـي الأخيـر مـا يمكـن قولـه هـو أن درجـة المشـاركة فـي ميزانيـة الأسـرة لا تتـأثر بهـا كثيـرا تلـك المتابعـة التـي يقـوم بهـا المسـن لحالتـه الصـحية عنـد جـزء مـن المبحـوثين؛ الأمـر الـذي ربمـا يفسـر أن تلـك المشـاركة لا تتعـد المصـاريف الخاصـة بالأكـل والشـرب وتسـديد بعـض الفـواتير، ولا يـتم الاسـتفادة منهـا لتـوفير جـزء مـن مصـاريف العـلاج؛ لـذلك لا نراهـا تتـأثر بهـذه المشـاركة، ولـذلك بالمقابـل نلاحـظ أن الأشـخاص الـذين لا يقومـون مطلقـا بتلـك المتابعـة هـم الـذين يتـأثرون بدرجـة تلـك المشـاركة والـذي بـدوره يبـرز تلـك الوضـعية الماديـة المتدنيـة لهـؤلاء إلـى درجـة تـأثر هـذه المتابعـة بتلـك المشـاركة التـي قـد تخفـف علـى هـؤلاء جـزء مـن المصـاريف المخصصـة للحاجـات اليوميـة للأسـرة ، ممـا يضـمن لـه الاحتفـاظ بجـزء مـن دخلـه لتلـك المصـاريف الخاصـة بالعلاج.

ولهـذا فإنـه فـي العنصـر أو الجـدول التـالي سـوف نحـاول إماطـة اللثـام علـى درجـة تـأثير المسـاعدات الماليـة التـي يتلقهـا المسـن وعلـى تلـك المتابعـة الطبيـة، باعتبارهـا مـن أهـم مصـادر الـدعم المـادي الـذي يسـتغله أو يعتمـد عليـه المسـن فـي تغطيـة عجـز دخلـه الشهري على تغطية متطلبات الحياة اليومية له.

جدول رقم 53: علاقة المساعدات المادية التي يتلقاها المسن حسب نمط الأسرة بمدرجة المتابعة الطبية التي يقوم بها.

مدى المتابعة		متابعة مستمرة		متابعة متقطعة		لا يقوم بالمتابعة		المجموع	
تلقي المساعدة	نمط الأسرة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دائما يتلقى المساعدات	نووية	19	63.3	9	30.0	2	6.7	30	100
	ممتدة	12	57.1	8	38.1	1	4.8	21	100
	المجموع	31	60.8	17	33.3	3	5.9	51	100
نادرا ما يتلقى المساعدات	نووية	4	36.4	7	63.6	-	-	11	100
	ممتدة	7	58.3	4	33.3	1	8.3	12	100
	المجموع	11	47.8	11	47.8	1	4.3	23	100
لا يتلقى أي مساعدة	نووية	11	40.7	12	44.4	4	14.8	27	100
	ممتدة	4	26.7	5	33.3	6	40.0	15	100
	المجموع	15	35.7	17	40.5	10	23.8	42	100
لا يطلب أي مساعدة	نووية	3	50	2	33.3	1	16.7	6	100
	ممتدة	1	100	-	-	-	-	1	100
	المجموع	4	57.1	2	28.2	1	14.3	7	100
المجموع الكلي		61	49.6	47	38.2	15	12.2	123	100

قد يحتاج المسن في بعض الأحيان إلى مساعدة من طرف أبنائه وكل أفراد أسرته بصفة عامة لتغطية مصاريف العلاج؛ خاصة إذا كانت ذات تكلفة عالية، والذي قد يضمن له رعاية جيدة ومستمرة لتلك الأمراض التي يعاني منها ويخفف عنه عناء تلك المصاريف.

وإذا كان الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه يشير إلى أن حوالي نصف المبحوثين الذين يعانون من الأمراض والمشاكل الصحية (49.6%) يقومون بالمتابعة المستمرة لها، مقابل نسبة 12.2% منهم لا يقومون بالمتابعة الطبية لتلكم الأمراض والمشاكل الصحية.

فإنه عند ربطها بمدى تلقي المسن للمساعدة المالية من طرف أفراد أسرته سواء من الذين يقيمون معه أو منفصلين عنه، نلاحظ بأن المبحوثين الأكثر مداومة وحرصا على تلك المتابعة تكون عند الأشخاص الذين لا يحتاجون إلى تلك المساعدة ولا يطلبونها بنسبة 57.1%، وأيضا عند المبحوثين الذين يحصلون على تلك المساعدة المالية في كل مرة يطلبون ذلك وهذا بنسبة 60.8%، لتنخفض هذه النسبة

لهذا النوع من الرعاية عند المبحوثين الذين لا يتلقون أي مساعدة من أفراد الأسرة والتي قدرت بـ 35.7%، لنلاحظ في المقابل أن عدم تلقي المبحوثين لتلك المساعدة المالية تؤدي بهم إلى العزوف نهائيا عن المتابعة الطبية لحالتهم الصحية وذلك بنسبة 23.8%، مقابل نسبة 5.9% من الذين يتلقون مساعدات مالية.

ومن خلال كل هذه المعطيات الإحصائية التي يبرزها هذا الجدول نستنتج أنه من المهم أن يكون هناك مساعدة مالية تقدم للمسن خاصة إذا طلبها، ذلك أن تلك المساعدة التي تقدم له كما يبدوا أن جزءا منها أو كلها تستغل أو تخصص لمصاريف العلاج، من شراء للأدوية ودفع أجرة الطبيب إذا توجه المسن إلى القطاع الصحي الخاص، أو لشراء بعض المواد الغذائية اللازمة لتطبيق الحمية الغذائية والتي غالبا ما تكون مكلفة لغلاء سعرها.

لذلك نلاحظ أن هناك مجموعة من المبحوثين لا يتلقون تلك المساعدات التي تجعلهم يعتمدون على مداخيلهم الخاصة فقط؛ مما يدفعهم إلى التخلي عن تلك المتابعة التي يرونها أنها تزيد من تلك المصاريف اليومية التي لا يتحملها دخلهم الشهري.

وإذا أمعنا النظر في مدي تقديم المساعدات المالية للمبحوثين نجد أنها قد ترجع أو تتحكم فيها طبيعة العلاقات التي تجمع بين هؤلاء الأفراد وذلك حسب نمط الأسرة التي ينتمي إليها هؤلاء المبحوثين، ولمعرفة ذلك فقد أدخلنا متغير نمط الأسرة على العلاقة الأولى في الجدول؛ والتي تبين بأن تلك المساعدة التي يتلقاها المسن من أفراد الأسرة تكون أكثر في النمط النووي الذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع عدد المبحوثين الذين يحرصون على متابعة حالتهم الصحية وذلك بنسبة 63.3%، مقابل 57.1% فقط من الذين ينتمون إلى لأسر ذات النمط الممتد، كما أن هذا النوع من المتابعة الطبية تتراجع أيضا كلما كان المبحوثين ينتمون إلى أسر ممتدة ولا يتلقون مساعدة مالية من أفرادها حيث نجد نسبتهم تقدر بـ 26.7%، هذا مقارنة مع النسبة المرتفعة عند الذين ينتمون إلى أسر نووية بالرغم من عدم تلقي تلك المساعدة وذلك بنسبة 40.7%، وعلى العكس فإن نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بالمتابعة الطبية لتلك المشاكل الصحية تزيد عند الذين لا يتلقون أي مساعدة مالية وينتمون إلى الأسر الممتدة وذلك بنسبة 40%، مقابل 14.8% من الذين ينتمون إلى أسر نووية.

وما يمكن استنتاجه في هذه الحالة التي تظهر بأن المسنين من النمط النووي هو الأكثر تلقيا لتلك المساعدات وأكثر استفادة منها في مجال الرعاية الصحية من خلال المتابعة الطبية المستمرة التي يقوم بها المسن، ذلك أن النمط النووي نظرا لتركيبته من حيث الحجم الصغير الذي يتميز به؛ تنعكس على طبيعة العلاقات خاصة علاقات التضامن المادي، حيث تكون عملية المساعدة أكثر سهولة وأكثر مرونة سواء من الأفراد الذين يقيمون مع هؤلاء المبحوثين أو من الأفراد المستقلين عنهم نظرا

للوضعية المادية المريحة التي يتميز بها هؤلاء الأفراد، وكذلك ما يفسر ذلك أيضا أنه رغم الاستقلال عن الأسرة المرجعية الأولى فإن العلاقات الأسرية تبقى مستمرة ولا تنقطع والذي يتجسد جزء منها في الدعم المالي من خلال تقديم تلك المساعدات للوالدين المسنين.

وهذا عكس النمط الممتد الذي رغم تلقيه لتلك المساعدات تبقى تلك المتابعة تتجه إلى الإهمال نتيجة للظروف المتدنية للمستوي المعيشي للأسرة، الأمر الذي يبين بأن هذا الدعم المالي إما أنه يتميز بالتراجع في قيمتها وبالتالي لا يمكنها أن تحسن ذلك الوضع المادي للمسن مما يضطره إلى التخلي عن تلك المتابعة، نظرا للوضعية المادية المتدنية التي يعيشها أفراد هذا النمط فيما يخص الأبناء المتزوجين الذين لم ينفصلوا عن الأسرة الأم، كما أن الأفراد المنفصلين عن هذا النمط لا يكلفون أنفسهم عناء هذه المساعدة تاركين تلك المساعدة للأفراد المقيمين معه فقط.

ويزيد ذلك الإهمال والتخلي عن تلك المتابعة الطبية في هذا النمط عند المسنين الذين لا يتلقون تلك المساعدة، خاصة من طرف الأفراد المنفصلين عن هذا النمط، الأمر الذي يبرز تراجع تلك العلاقات التضامنية بين أفراد هذا النمط وأفراده المنفصلين عنه.

وإن كانت تلك المتابعة تتأثر بالجانب المادي لعلاقات التضامن والتعاون بين أفراد الأسرة فإنه من الممكن أيضا أن تؤثر على طبيعة القطاع الصحي الذي يقصده المسن من أجل تلقي العلاج، ومن أجل معرفة هذه العلاقة على ذلك لدينا الجدول التالي:

جدول رقم54: علاقة المساعدة المادية التي يتلقاها المسن حسب نمط الأسرة بالقطاع الصحي الذي تتم فيه المتابعة الطبية.

القطاع الصحي		القطاع العمومي		القطاع الخاص		المزج بينهما		المجموع	
تلقي المساعدة	نمط الأسرة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يتلقى مساعدة	نووي	11	39.3	12	49	5	17.9	28	100
	ممتد	9	45	10	50	1	5.0	20	100
	المجموع	20	41.7	22	45.8	6	12.5	48	100
نادرا ما يتلقى	نووي	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
	ممتد	6	54.5	5	45.5	–	–	11	100
	المجموع	14	63.6	7	31.8	1	4.5	22	100
لا يتلق أي مساعدة	نووي	13	56.5	8	34.8	2	8.7	23	100
	ممتد	7	77.8	1	11.1	1	11.1	9	100
	المجموع	20	62.5	9	28.1	3	9.4	32	100
لا يطلب مطلقا المساعدة	نووي	–	–	5	100	–	–	5	100
	ممتد	1	100	–	–	–	–	1	100
	المجموع	1	16.7	5	83.3	–	–	6	100
المجموع الكلي		55	50.9	43	39.8	10	9.3	108	100

من خلال الاتجاه العام للجدول نلاحظ أن من مجموع (108) مبحوث يقومون بالمتابعة الطبية لحالتهم الصحية هناك حوالي النصف منهم (50.9%) يتوجهون بصفة أساسية للقطاع الصحي العمومي لإجراء تلك الفحوص وتلق العلاج اللازم لتلك الأمراض التي يعانون منها، مقابل نسبة 39.8% من الذين يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص.

وعند ربطنا نوع القطاع الصحي الذي يتوجه إليه المبحوثين بدرجة تلقي المسن للمساعدات المالية، فإننا لاحظنا أن المبحوثين الذين نادرا ما يتلقون المساعدات المالية والمبحوثين الذين لا يتلقون أي مساعدة مالية هم أكثر إقبالا على القطاع الصحي العمومي وذلك بنسبة 63.6% و62.5% على التوالي، مقابل نسبة 41.7% من الذين يتلقون مساعدات مالية من طرف أفراد أسرهم، وهذا عكس المبحوثين الذين يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص فإن نسبة إقبالهم على هذا القطاع تزيد عند المبحوثين الذين ليسوا بحاجة إلى تلك المساعدة المالية ولا يطلبونها بنسبة 83.3%، تليها نسبة 45.8% من يتلقون المساعدة من أفراد أسرهم، وتنخفض هذه النسبة لتصل

إلى 28.1% بالنسبة للمبحوثين الذين لا يستفيدون من ذلك الدعم المادي بسبب عدم تلقي تلك المساعدة.

ومن الملاحظ من هذه المعطيات التي توضح بأن هناك علاقة طردية بين تلقي المسن للمساعدة المالية وبين الإقبال على القطاع الصحي الخاص الذي يتميز بالتكلفة العالية للخدمات الصحية التي يقدمها، والعكس فإن عدم تلقي المسن لتلك المساعدة تجعله يقتصر في متابعته الطبية على القطاع الصحي العمومي الذي لا يحتاج فيه إلى دفع مبالغ كبيرة كمصاريف للعلاج.

ولكن من أجل معرفتنا أكثر لدرجة هذا التأثير حسب نمط الأسرة التي ينتمي إليها المسن، وذلك بإدخاله كمتغير رائز، فقد وجدنا أن المبحوثين الذين ينتمون إلى النمط الممتد ولا يتلقون أي مساعدة مالية يتوجهون أكثر إلى القطاع الصحي العمومي بنسبة 77.8%، وهذا مقارنة بنسبة 56.6% من هم ينتمون إلى النمط النووي، في حين نلاحظ العكس أن نسبة المبحوثين الذين يتوجهون إلى القطاع الخاص فرغم بقاء النسبة مرتفعة مهما كان نمط الأسرة بالنسبة للمبحوثين الذين يتلقون المساعدة عند طلبها (49%: نمط نووي، 50%: نمط ممتد) فإن المبحوثين الذين يتوجهون إلى القطاع الصحي الخاص ولا يتلقون أي مساعدة مالية تنخفض نسبتهم أكثر عند الذين ينتمون إلى النمط الممتد حيث تصل نسبتهم إلى 11.1%، مقابل نسبة 34.8% منهم ينتمون إلى أسر نووية.

وهذا دون أن ننسى تلك النسبة من المسنين الذين رغم عدم طلبهم للمساعدة التي تعبر على تلك الوضعية المادية الجيدة التي يعيشها هؤلاء المسنين الذين ينتمون إلى أسر نووية الذي يبقى توجههم نحو القطاع الصحي الخاص بنسبة مرتفعة قدرت بـ 100%.

ومن خلال كل هذه المعطيات التي يوضحها الجدول نستنتج أن تلك المساعدة المادية التي يتلقاها المبحوثين من طرف أفراد الأسرة دور في تحديد القطاع الصحي الذي يقصده المسن للقيام بالمتابعة الطبية وتلقي العلاج لتلك الأمراض التي يعاني منها، حيث تسمح لهؤلاء المستفيدين منها في توفير رعاية أحسن وأفضل من خلال التوجه أكثر إلى القطاع الصحي الخاص، والتي تسمح لهم بدفع تكاليف العلاج بغض النظر عن قيمتها، وفي هذه الحالة يبرز مدى اعتماد فئة من هؤلاء المبحوثين بصفة أساسية على تلك المساعدات المالية التي يقدمها لهم أفراد أسرهم في توفير مصاريف هذه الرعاية، وكذلك سعيهم إلى تحسينها، خاصة إذا كان قيمتها كبيرة.

كما أننا في المقابل نلاحظ أن عدم تلقي المسن لهذه المساعدة أو تراجعها يؤدي به إلى الاكتفاء بالتوجه إلى القطاع الصحي العمومي، بغرض التقليل من تلك المصاريف التي لا تتحملها مداخيلهم الشهرية غير الكافية حتى لتوفير الأعباء اليومية للمعيشة، حيث نجد أن هذا الوضع يتأثر به أكثر المسنين في النمط الممتد

الذي يعرف تراجعا لهذا النوع من علاقات التضامن والتعاون بين أفرادها خاصة المستقلين عنها في السكن.

إلا أننا قد نلاحظ أن تلك المساعدات التي تقدم للمسن من أجل تلقي العلاج قد تؤثر على مسار العلاج وسرعته، إذا طال انتظار المسن لكي يتلقاها، خاصة إذا لم يكن له دخل يعتد عليه لتصبح تلك المساعدات المالية المصدر الأساسي أو الوحيد لتغطية مصاريف العلاج المختلفة، وهذا ما سنحاول إبرازه في الجدول التالي الذي يبرز العلاقة الموجودة بين تلك المساعدات التي يتلقاها المسن وبين مدى مسارعته إلى الذهاب إلى الطبيب:

2-2 علاقة التضامن الأسري بنوع العلاج المتبع والمسارعة في الذهاب إلى الطبيب.

جدول رقم55: علاقة المساعدة المادية التي يتلقاها المسن حسب الجنس بالمسارعة في الذهاب إلى الطبيب.

المسارعة في الذهاب إلى الطبيب		يذهب مباشرة		لا يذهب مباشرة		المجموع	
مدى تلقي المساعدة	الجنس	ك	%	ك	%	ك	%
يتلقى المساعدة في كل مرة	ذكور	27	65.9	14	34.1	41	100
	إناث	13	38.2	21	61.8	34	100
	المجموع	40	53.3	35	46.7	75	100
نادرا ما يتلقى تلك المساعدة	ذكور	15	55.6	12	44.4	27	100
	إناث	3	42.9	4	57.1	7	100
	المجموع	18	52.9	16	47.1	34	100
لا يتلقى أي مساعدة	ذكور	23	57.5	17	42.5	40	100
	إناث	6	60.0	4	40.0	10	100
	المجموع	29	58.0	21	42.0	50	100
لا يطلب مطلقا تلك المساعدة	ذكور	7	70.0	3	30.0	10	100
	إناث	1	100	-	-	1	100
	المجموع	8	72.7	3	27.3	11	100
المجموع		95	55.9	75	44.1	170	100

من خلال ملاحظتنا للاتجاه العام للجدول المبين أعلاه، فإننا نجد أن اتجاهه العام يشير إلى أن أكثر من نصف المبحوثين(بنسبة 55.9%) يتوجوهن مباشرة إلى الطبيب لتلقي العلاج عند تعرضهم إلى المرض ولا ينتظرون كثيرا، وهذا مقابل نسبة 44.1% منهم يفضلون أو يضطرون إلى تأخير ذهابهم لزيارة الطبيب، وذلك

إما بسبب عدم توفر المال أو تجريب العلاج التقليدي أو ما توفر من دواء في المنزل، أو أنهم لا يحبون الذهاب إلى الطبيب مطلقا.

وعند إدخالنا لمتغير تلقي المساعدات المالية على مدي مسارعة المبحوثين إلى الذهاب إلى الطبيب؛ فإننا نلاحظ أن المبحوثين الأكثر اهتماما من خلال التوجه مباشرة إلى الطبيب عند إصابتهم بالمرض هم المبحوثين الذين لا يطلبون تلك المساعدة وهم ليسوا بحاجة إليها نظرا للوضعية المالية الجيدة لهم وذلك بنسبة 72.7%، لنجد أن هذه النسبة تنخفض عند الأشخاص الذين يتلقون تلك المساعدات لتقدر بـ 53.3%، مقابل نسبة 58% منهم لا يتلقون تلك المساعدات المالية، أي أن المبحوثين الأقل تهاونا وتأخيرا في الذهاب إلى الطبيب عند إصابتهم بالمرض، هم المسنين الذين يعتمدون على مداخيلهم الخاصة لتغطية تكلفة العلاج ولا يطلبون المساعدة وذلك بنسبة 27.3%، في حين تزيد نسبة تأجيل الذهاب إلى الطبيب عند المبحوثين كلما زاد الاعتماد على تلك المساعدات لتقدر نسبتهم بـ 46.7%.

وما يمكن استنتاجه من خلال ذلك أن المسن الذي يعتمد على تلك المساعدات باعتبارها مصدرا أساسيا أو الوحيد لتوفير مصاريف العلاج، وبسبب الوقت المستغرق للاستفادة منها يجعلهم ينتظرون وقتا معتبرا للذهاب إلى الطبيب، ولذلك فإنه كلما طالت فترة انتظاره لتلك المساعدة كلما زاد تأجيله للذهاب إلى الطبيب، وقد يعود ذلك الانتظار إلى مدى استعداد وقدرة هؤلاء الأفراد على تقديم تلك المساعدة والمدة التي يستغرقها المسن في انتظار تلك المساعدة التي تؤثر بدورها على قراره في التوجه مباشرة إلى الطبيب.

إذا كان من خلال ما سبق من معطيات في الجداول السابقة المتعلقة بهذا المتغير رأينا الدور والمساهمة الايجابية لتلك المساعدات المالية في تحسين نوعية العلاج، فإنه من خلال هذه المعطيات يظهر لنا الجانب السلبي لهذه المساعدات، خاصة عند المبحوثين الذين يعتمدون بصفة أساسية أو كلية على تلك المساعدات لتوفير مصاريف العلاج، حيث نجد ذلك ينتشر أكثر في أوساط النساء بسبب عدم امتلاكهم لدخل يضمن لهم مصدر ثابت وخاص لتوفير مصاريف العلاج ولذلك يكثر اعتمادهن على تلكم المساعدات المالية المقدمة من أفراد أسرهم (وهذا ما يبرزه الجدول رقم 8 في الملحق رقم 2 الذي يبين العلاقة بين مصدر توفير مصاريف العلاج وبين جنس المبحوث، حيث نجد أنه من بين 32.4% من المبحوثين الذين يوفرون مصاريف العلاج من خلال تلك المساعدات المقدمة لهم من أفراد أسرهم هناك نسبة 57.5% هن نساء، مقابل نسبة 17% فقط هم رجال).

وما يؤكد ذلك ما يظهر من خلال تقاطعات الجدول مضاعف التركيب بعد إدخال المتغير الرائز المتمثل في جنس المبحوثين، حيث نلاحظ أن النساء اللواتي يتوجهن مباشرة إلى الطبيب ترتفع نسبتهن عند اللواتي لسن بحاجة لتلك المساعدة المالية ولا

يطلبنها حيث قدرت بـ 100%، وتنخفض عند الرجال لتقدر بـ 70%، وهذا مقابل نسبة 38.2% من النساء اللواتي يتلقين تلك المساعدات التي يعتمد بصفة أساسية على تلك المساعدات المالية لتوفير مصاريف العلاج، ونجدها تقدر بـ 65.9% عند الرجال، وبالمقابل فإن زيادة نسبة تأجيل الذهاب إلى الطبيب تزيد عند النساء اللواتي يحصلن على المساعدات المالية من أفراد أسرهن وذلك بنسبة 61.8%؛ الأمر الذي يؤكد على أن تلك المساعدات التي تتلقاها النساء موجهة بصفة أساسية إلى تغطية مصاريف العلاج، وهذا مقابل نسبة 40% عند اللواتي لا يتلقين أي مساعدة مالية من أفراد الأسرة، وبالتالي لا يعتمدن على تلك المساعدات في تغطية مصاريف العلاج.

كما أن عدم توفير المصاريف اللازمة لتوفير العلاج المناسبة قد يدفع كثير من المبحوثين إلى تحديد نوعية العلاج الذي يتم اللجوء إليه في بدايات المرض، وهذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال الجدول الموالي الذي يبين العلاقة بين درجة المساعدة التي يتلقاها المسن بنمط العلاج ونوعه (تقليدي أو حديث).

جدول رقم56: علاقة المساعدة المادية المقدمة للمسن حسب الجنس بنوع العلاج المتبع عند إصابته بالمرض.

تلقي المساعدة. / نمط العلاج.		علاج تقليدي		علاج حديث		المزج بينهما		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يتلقاها	ذكور	6	14.6	27	65.9	8	19.5	41	100
	إناث	1	2.9	12	35.3	21	61.8	34	100
	المجموع	7	9.3	39	52.0	29	38.7	75	100
نادرا ما يتلقاها	ذكور	8	29.6	10	37.0	9	33.3	27	100
	إناث	–	–	4	57.1	3	42.9	7	100
	المجموع	8	23.5	14	41.2	12	35.3	34	100
لا يتلقاها	ذكور	9	22.5	25	62.5	6	15.0	40	100
	إناث	2	20.0	3	30.0	5	50.0	10	100
	المجموع	11	22.0	28	56.0	11	22.0	50	100
لا يطلب المساعدة	ذكور	4	40.0	6	60.0	–	–	10	100
	إناث	1	100	–	–	–	–	1	100
	المجموع	5	45.5	6	84.5	–	–	11	100
المجموع الكلي		31	18.2	87	51.2	52	30.6	170	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يشير إلى أنه أكثر من نصف المبحوثين(51.2%) يتبعون الطرق الحديثة في علاجهم لأمراضهم، في

حين نجد أن نسبة المبحوثين الذين يعتمدون على العلاج بالطريقة التقليدية تقدر بـ 18.2%.

لنجد أن هذه الاتجاه العام للجدول قد تأثر بعد إدخال المتغير المستقل المتمثل في مدى تلقي المبحوثين للمساعدة المالية، حيث نجد أن المبحوثين الأكثر اعتمادا على الطريقة الحديثة في العلاج هم المسنين الذين لا يطلبون المساعدة المالية وليسوا بحاجة إليها وذلك بنسبة 84.5%، تليها نسبة 56% من المبحوثين الذين لا يتلقون تلك المساعدة، ومقابل هذا فإننا نجدها تنخفض عند المبحوثين الذين يتلقون تلك المساعدات المالية من أفراد أسرهم حيث قدرت نسبتهم بـ 52.1%، وعلى عكس ذلك فإنه عند فئة المبحوثين الذين يعتمدون على المزج بين الطريقتين (التقليدية والحديثة) ترتفع نسبتهم كلما كانت هناك مساعدة مالية يتلقونها من أفراد أسرهم؛ وذلك بنسبة 38.7%، لتنخفض هذه النسبة عند المبحوثين الذين لا يتلقون أي مساعدة مالية من أفراد الأسرة وذلك بنسبة 22%.

وما يمكن استنتاجه من خلال تلك النسب لخانات التقاطع؛ هو أنه رغم تلقي المسن لتلك المساعدة المالية التي من المفروض أن تلعب دورا ايجابيا في الرفع من نوعية الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها المسن، والتي تتجسد في هذا الجدول في نوعية العلاج المقدم للمسن إلا أننا نجد العكس؛ وما قد يفسر ذلك أن تلك المساعدات المالية ليست في المستوي المطلوب لتحسين الوضع المادي المتدني للأسرة، أو أنها لا تصل في الوقت الذي يكون المسن بحاجة ملحة إليها، على خلاف المبحوثين الذين لا يعتمدون بصفة أساسية على تلك المساعدات، خاصة عند الرجال وذلك نظرا للخصوصية في جانب الحالة المهنية لهم وما ينعكس عنها من توفر دخل ثابت لتوفير مصاريف العلاج أو من خلال استفادتهم من خدمات الضمان الاجتماعي، والتأمينات الصحية التي توفر عنهم جزءا من تكاليف العلاج.

وهذا يبرز من خلال إدخالنا لمتغير الجنس للعلاقة السابقة التي تربط بين مدى تلقي المساعدات ونوع العلاج المتبع في حالة إصابة المسن بالمرض حسب الجنس، حيث نلاحظ أن نسبة المسنين الرجال الذين يتبعون في علاجهم على الطرق الحديثة تبقى مرتفعة ومتقاربة بغض النظر عما إذا كان يتلقى تلك المساعدة أم لا؛ حيث نجد أن الرجال الذين يتبعون هذا النوع من العلاج ولا يتلقون أي مساعدة مالية من أفراد الأسرة تقدر نسبتهم بـ 62.5%، وبنسبة 65% عند الذين يتلقون تلك المساعدات المالية، وبالمقارنة مع فئة النساء فإننا نلاحظ أن تلك النسب منخفضة، ويزيد انخفاض هذه النسب المتعلقة بالنساء كلما تراجعت تلك المساعدات المالية التي يقدمها لهن أفراد أسرهن، حيث نجد نسبة اللواتي يتبعن الطرق الحديثة للعلاج تقدر بـ 35.3% عند اللواتي يستفدن من تلك المساعدات المالية، وتنخفض هذه النسبة عند المبحوثات اللواتي لا يتلقين أي مساعدة مالية من أفراد الأسرة لتقدر بـ 30%، ولهذا

نلاحظ أنه كلما زاد اعتماد النساء على تلك المساعدات لتوفير مصاريف العلاج يزيد إقبالهن على المزج بين الطريقة الحديثة والطريقة التقليدية التي يرون بأنها تقلص لهم جزء من مصاريف العلاج نظرا لتكلفتها المنخفضة وبالتالي التقليل من اللجوء إلى الطرق الحديثة التي تتميز بالتكلفة العالية، حيث نلاحظ أن نسبة المبحوثات اللواتي يتلقين تلك المساعدات والتي تبرز مدى حاجتهن الملحة لها ترتفع نسبنهم عند الاستعانة بهذه الطريقة من العلاج التي تعتمد على المزج بين الطرق التقليدية والحديثة لتقدر بـ 61.8%، في حين تبدأ في الانخفاض لتقدر بـ 50% عند النساء اللواتي لا يتلقين تلك المساعدة والتي تبرز عدم الاعتماد عليها في توفير مصاريف العلاج.

وما يمكن استنتاجه من خلال كل تلك المعطيات الإحصائية لهذا الجدول أن نسبة الاعتماد على تلك المساعدات على توفير مصاريف العلاج ليست كبيرة ولكنها تبقى مهمة خاصة للنساء المسنات نظرا للخصوصية التي تتميز بها الحالة الاقتصادية لهن، من خلال عدم امتلاكهن لدخل ثابت، وأيضا عدم استفادتهن في كثير من الأحيان من خدمات التأمينات الاجتماعية (التأمين الصحي) الذي يضمن لهم رعاية صحية جيدة، ولذلك فإننا نلاحظ تراجع دور تلك المساعدات المالية التي تقدمها الأسرة لأفرادها المسنين التي تبرز علاقات التضامن الآلي بين هؤلاء الأفراد إذا تقاطعت مع تلك الأنواع من التضامن التي تسهر على تنظيمها وتقديمها الدولة التي هي من نتائج التطور الصناعي الذي عرفة العالم، والذي دفعهم إلى استحداث الكثير من القوانين والتنظيمات التي تنظم العلاقات بين أفراد المجتمع والتي نجد من بينها علاقة العامل برب العمل وما أنجر عنه من استحداث لقوانين التقاعد وكذلك الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى الأشكال الأخرى المنظمة للتضامن بين أفراد المجتمع، وهذا ما يظهره الجدول رقم 9 في الملحق رقم 2 الذي يبرز العلاقة بين مدى تلقي المسن للمساعدة المالية من أفراد أسرته وأيضا مدى استفادته من التأمين الاجتماعي بنوع العلاج المتبع لمعالجة الأمراض التي تصيبه، حيث نجد أن الأشخاص الذين لديهم استفادة مزدوجة؛ من خلال تلك المساعدة المالية وأيضا خدمات التأمين الصحي ترتفع نسبتهم إلى 66% مقارنة بالذين يستفيدون من المساعدات المالية فقط التي تقدر نسبتهم بـ 18% فقط.

هذا فيما يخص تلك النتائج المتعلقة بمحور الرعاية الصحية العلاجية ومدى تأثير علاقات التضامن المادي بين أفراد الأسرة، والتي وجدنا أنها تتأثر بدرجات متفاوتة بتلك الخصائص التي تميز نمط الأسرة بحد ذاته أو بنوع علاقات التضامن بين أفرادها من جهة، ومن جهة أخرى الخصائص الاجتماعية أو الاقتصادية التي تميز هؤلاء المبحوثين، والتي وجدناها تتأثر بمدى استفادة المسن من تلك الخدمات التي يوفرها الضمان الاجتماعي، والتي تكون أكثر عند الذكور منه عند الإناث.

ليتبقى لنا المحور الثاني الذي يضم نوع آخر من الرعاية الصحية والمتمثلة في الرعاية الصحية الوقائية، الذي سنحاول التعرف على مدى تأثير علاقات التضامن بين أفراد أسرة المسن على نوعية هذه الرعاية؛ من خلال درجة إتباع هؤلاء المبحوثين للحمية الغذائية، ودرجة إقبالهم أيضا على إجراء الفحص الطبيب الدوري، بالإضافة إلى نوعية التغذية التي يحظى بها هؤلاء.

ثالثا: تأثير نوع علاقات التضامن الأسرية على نوعية الرعاية الصحية الوقائية المقدمة للمسن.

من أجل التوضيح والتفصيل في طبيعة الرعاية الصحية الوقائية التي يتلقاها هؤلاء المسنين في دراستنا هذه، سوف نعتمد على مجموعة من الجداول المركبة التي تفسر العلاقة بين مجموعة من المؤشرات التي تقيس هذا النوع من الرعاية (الفحص الطبيب الدوري، تطبيق الحمية الغذائية، ونوعية التغذية التي تقدم للمسن) بعلاقات التضامن التي تجمع بين أفراد أسر المبحوثين (المشاركة في ميزانية الأسرة، والمساعدات المالية التي يتلقاها المسن من طرف أفراد أسرته)، والتي سنبدؤها بتحليل الجدول التالي الذي يبرز الإجراء الوقائي الأول الذي من المفروض أن يقوم به هؤلاء المبحوثين وعلاقته بنمط الأسرة ودرجة مشاركة أفرادها المشتغلون في ميزانيتها.

3-1 علاقة التضامن الأسري بإجراء الفحص الطبي الروتيني

جدول رقم57: علاقة المشاركة في ميزانية الأسرة بدرجة إجراء الفحص الطبي من طرف المسن.

نمط الأسرة	مدى القيام بالفحص / مدى المشاركة	يقوم بذلك ك	يقوم بذلك %	أحيانا ك	أحيانا %	لا يقوم بذلك ك	لا يقوم بذلك %	المجموع ك	المجموع %
أسرة نووية	يشارك	23	53.5	12	27.9	8	18.6	43	100
	لا يشارك	11	55.0	4	20.0	5	25.0	20	100
	المجموع	34	54.0	16	25.4	13	20.6	63	100
أسرة ممتدة	يشارك	29	56.9	9	17.6	13	25.5	51	100
	لا يشارك	5	29.4	5	29.4	7	41.2	17	100
	المجموع	34	50	14	20.1	20	29.4	68	100
المجموع		68	51.9	30	22.9	23	25.2	131	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه يشير إلى أنه من أصل 131 مبحوث هناك نسبة 51.9% منهم يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري لصحتهم، وهذا

مقابل نسبة معتبرة من المبحوثين الذين لم يقوموا بإجراء هذا الفحص والتي قدرت بـ 25.2%.

فإنه عند إدخالنا لمتغير نمط الأسرة لمعرفة درجة تأثيره على الإقبال على إجراء هذا الفحص، وجدنا أن ذلك الإقبال على إجراء هذا الفحص بصفة مستمرة يزيد عند المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر ذات النمط النووي بنسبة 54%، وفي المقابل تنخفض هذه النسبة عند المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر ممتدة بنسبة 50%، في حين نلاحظ العكس فيما يخص المبحوثين الذين لا يقومون بهذا الإجراء و يهملونه فإنها رغم بقاء هذه النسبة منخفضة لكنها تنخفض أكثر عند المبحوثين في النمط النووي بنسبة 20.6%، لترتفع عند المبحوثين الذي ينتمون إلى النمط الممتد لتقدر نسبتهم بـ 29.4%.

وما يمكن استنتاجه من خلال تلك المقارنة الإحصائية لنسب هذا الجدول أن هناك علاقة طردية بين نمط الأسرة ودرجة الإقبال على إجراء ذلك الفحص الطبي الدوري من طرف المسن، حيث نجد أن المبحوثين الذين ينتمون إلى النمط النووي هم الأكثر حرصا على القيام بهذا الفحص مقارنة بالمبحوثين الذين ينتمون إلى النمط الممتد، وقد يرجع ذلك إلى عدة خصائص يتميز بها هذا نمط (الممتد)، وهذه الخصائص بدورها لديها تأثير على الرعاية الصحة التي يجب أن يتلقاها المسن من طرف أفراد أسرته، من خلال ما يمكن أن توفره من رعاية أفضل من جميع الجوانب؛ خاصة من الجانب المادي الذي يبرز جزء منه من خلال تلك المشاركة في ميزانية الأسرة التي يبديها الأفراد المشتغلون في هذا النمط، وهذا ما نلاحظه عند إدخالنا للعلاقة الأولى هذا المتغير كمتغير رائز.

حيث وجدنا أن نسبة المبحوثين من الأسر الممتدة التي يشارك أفرادها المشتغلون تزيد عندهم نسبة الإقبال على الفحص الطبي الدوري بصفة مستمرة وذلك بنسبة 56.9%، وتنخفض عند المبحوثين الذين لا يشارك أفراد أسرهم في تلك الميزانية بنسبة 29.4%، لنجد أن تلك النسبة لا تتأثر كثيرا عند المبحوثين الذين ينتمون إلى النمط النووي بغض النظر إذا كان أفرادها المشتغلون يشاركون في ميزانية الأسرة أم لا، في حين نلاحظ العكس فإنه إذا كانت مشاركة الأفراد المشتغلون مهمة للقيام بذلك الفحص فإن المبحوثين الذين لا يشارك أفراد أسرهم المشتغلون في تحمل أعباء الأسرة خاصة في النمط الممتد تدفع المسنين إلى إهماله وعدم إقباله على إجراء هذا الفحص وهذا بنسبة 41.2%، مقابل نسبة 25% منهم ينمون إلى النمط النووي.

وهذا ما يؤكد دائما أن النمط النووي يبقى يتمتع بعلاقات أحسن للتضامن والتعاون بين أفراده نتيجة ما يتميز به هؤلاء من مستوى معيشي أحسن مقارنة بالأسر الممتدة التي تعرف تراجعا في تلك العلاقات بسبب التدهور في الجانب المالي

لها، الذي في بادئ الأمر يجعلها ممتدة بسبب مشكلة السكن التي تعترض هذه الأسرة عند إقبال أفرادها على الزواج مما يضطرهم إلى الإقامة مع الأسرة المرجعية، بالإضافة إلى مشكل البطالة التي تعترض طريق هؤلاء الأفراد، أو عملهم لا يكون مستقرا ومستمرا في كثير من الأحيان.

وربما تزيد تلك المشاركة في ميزانية الأسرة على الإقبال على هذا النوع من الإجراءات الوقاية لحماية صحة المسن، والتي نجد من بينها تطبيق تلك الحمية الغذائية، نظرا للحالة الصحية التي يتميز بها هؤلاء المبحوثين، حيث نجد أن نسبة 72.35% منهم يعانون من الأمراض والمشاكل الصحية، وهذا ما سنعرفه من خلال الجدول التالي:

2-3 علاقة التضامن الأسري بالحمية الغذائية التي يتلقاها المسن

جدول رقم58: علاقة المشاركة في ميزانية الأسرة حسب نمطها بمدى تطبيق الحمية الغذائية.

تطبيق الحمية الغذائية		يقوم بتطبيقها		أحيانا		لا يقوم بذلك		المجموع	
النمط	مدى المشاركة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أسرة نووية	يشاركون	20	46.5	9	20.9	14	32.6	43	100
	لا يشاركون	9	45	3	15.0	8	40.0	20	100
	المجموع	29	46.0	12	19.0	22	34.9	63	100
أسرة ممتدة	يشاركون	26	51.0	12	23.5	13	25.5	51	100
	لا يشاركون	2	11.8	7	41.2	8	47.1	17	100
	المجموع	28	41.2	19	27.9	21	30.9	68	100
المجموع		57	43.5	31	23.7	43	32.8	131	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه يشير إلى أن حوالي 43.5% من المبحوثين يحرصون على تطبيق الحمية الغذائية بصفة مستمرة، فإن هناك نسبة معتبرة منهم لا يقومون بذلك حيث تقدر نسبتهم بـ 32.8%.

فإنه عند إدخالنا لمتغير نمط الأسرة لمعرفة درجة تأثيرها على تطبيق هذه الحمية، نلاحظ أن المبحوثين الذين ينتمون إلى النمط النووي أكثر حرصا على تطبيق تلك الحمية الغذائية بدون انقطاع بنسبة 46%، ونجدها تنخفض عند المبحوثين الذين ينتمون إلى النمط الممتد بنسبة 41.2%، في حين نلاحظ أن نسبة عدم القيام بتطبيق الحمية الغذائية بصفة دائمة ترتفع عند المسنين الذين ينتمون إلى الأسر ذات النمط الممتد بنسبة 27.9%، مقابل نسبة 19% منهم ينتمون إلى النمط النووي، وهذا مقابل بقاء نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بتطبيق الحمية مرتفعة في النمط النووي بنسبة 34.9%.

فتلك العلاقة الطردية بين هذين المتغيرين، التي تبرز بأنه كلما اتجهنا إلى النمط النووي كلما زاد حرص المبحوثين على تطبيق تلك الحمية الغذائية، والتي يؤكدها معامل التوافق عند حسابه الذي قدر بـ 0.11، ورغم هذه العلاقة الضعيفة بين نمط الأسرة ودرجة الإقبال والحرص على تطبيق الحمية الغذائية من خلال تجنيب المسن أكل بعض المواد الغذائية التي تضر بصحته؛ كالدهون، والتقليل من الملح في الأكل، وأيضا السكر، أو من خلال الحرص على توفير بعض المواد الغذائية له، يبرز لنا مدى العناية التي توليها الأسر النووية لأفرادها المسنين، نظرا لما تتميز به من مستوى معيشي أحسن من الأسر الممتدة، كما لوحظ في الجداول السابقة التي تبين لنا أنه يقل فيها الأشخاص المعالين ويرتفع بالمقابل الأشخاص الذين يعيلون هؤلاء الأفراد، والتي تكون مشاركتهم ومساهمتهم في تحمل أعباء الأسرة اليومية لها تأثير أكثر على نوعية الحياة بصفة عامة، وعلى نوعية التغذية بصفة خاصة، وهذا ما تبين لنا عند إدخالنا لمتغير مدى مشاركة أفراد أسر المبحوثين حسب كل نمط كمتغير رائز على العلاقة الأولى في هذا الجدول.

حيث وجدنا أن المبحوثين الذين ينتمون إلى الأسر الممتدة التي يشارك أفرادها المشتغلون في تحمل أعباء الأسرة اليومية ترفع عندهم نسبة الحرص على تطبيق الحمية الغذائية بنسبة 51%، مقابل 11.8% من المبحوثين الذين لا يشارك أفراد أسره المشتغلون في تلك الميزانية، في حين نلاحظ أن درجة ومدي الإقبال أو الإهمال في مشاركة هؤلاء الأفراد المشتغلون في النمط النووي لا تؤثر كثيرا في مدى إقبالهم على الحرص على تطبيق الحمية الغذائية، حيث نجد نسبنهم تقدر بـ 46.5% منهم يشارك أفراد أسرهم في تحمل أعباء الأسرة، وبنسبة 45% منهم لا يقومون بذلك، كما أننا نلاحظ في المقابل أن التخلي عن المشاركة في ميزانية الأسرة لهؤلاء الأفراد في النمط الممتد يدفع بالمسنين إلى إهمال وعدم تطبيق تلك الحمية وذلك بنسبة 47.1%، مقابل 40% من الذين ينتمون إلى النمط النووي.

حيث أن هذه النتائج تبين الوضع المادي الجيد للأسر النووية التي نجدها في العادة تتكون من عدد قليل من الأفراد وبالتالي قلة الأعباء اليومية التي تتحملها الأسرة وبالتالي نجد أنها لا تتأثر كثيرا بتلك المشاركة التي يبديها أفرادها في ميزانية الأسرة أو هناك نوع من السلوكات التي تخفف نوعا ما من عبء تلك المصاريف(الاستقلالية في تسيير شؤونهم المالية) ، ولكن نجد العكس عند المسنين الذين ينتمون إلى النمط الممتد الذي يتأثر بصفة كبيرة من تلك المشاركة لأفرادها المشتغلون في تحمل أعباء الأسرة المادية، والذي يبرز في كل مرة تلك الظروف المعيشية المتدهورة والصعبة التي يعيشها هذا النمط من الأسر، والذي يبقي في كثير من الأحيان يؤثر على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن بصفة عامة، وعلى

جانبها الوقائي المتمثل سواء في تطبيق الحمية الغذائية، أو نوعية التغذية التي يتناولها المسن بصفة خاصة.

فإذا كان هذا هو الحال فيما يخص تأثير نمط الأسرة وكذلك علاقات التضامن التي تمييزها من خلال تلك المساهمة والمشاركة التي يبديها هؤلاء الأفراد المشتغلون في تحمل أعباء ومصاريف الأسرة اليومية على درجة الإقبال على تطبيق الحمية الغذائية، فإنه قد يعكس أيضا نوعية التغذية التي يتلقاها المسن من خلال عدد الوجبات التي يتناولها، وأيضا من خلال المواد الغذائية التي تحتويها تلك الوجبات، وهذا ما نسعى إلى إبرازه من خلال الجدولين التاليين:

جدول رقم59: علاقة المشاركة في ميزانية الأسرة حسب نمطها بعدد الوجبات اليومية التي يتناولها المسن.

عدد الوجبات		أربع وجبات		ثلاث وجبات		وجبتين فقط		المجموع	
مدى المشاركة	النمط	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يشاركون	نووية	16	37.2	23	53.5	4	9.3	43	100
	ممتدة	21	41.2	26	51.0	4	7.8	41	100
	المجموع	37	39.4	49	52.1	8	8.5	84	100
لا يشاركون	نووية	8	40.0	8	40.0	4	20.0	20	100
	ممتدة	5	29.4	8	47.1	4	23.5	17	100
	المجموع	13	35.1	16	43.2	8	21.6	37	100
المجموع		50	38.2	65	49.6	16	12.2	131	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول المبين أعلاه نلاحظ أن اتجاهه العام يوحي بأن حوالي نصف المبحوثين (49.6%) يحظون بثلاث وجبات في اليوم، تليها نسبة 38.2% منهم يتناولون أربع وجبات في اليوم، كما أننا نجد أن هناك نسبة 12.2% منهم يتناولون وجبتين فقط في اليوم.

وعند إدخالنا لمتغير درجة المشاركة في ميزانية الأسرة لأفرادها المشتغلون بغرض معرفة درجة تأثيره على عدد الوجبات اليومية التي يتلقاها المسن في اليوم، وجدنا أن أغلب المبحوثين الذين يشارك أفراد أسرهم وذلك بنسبة 52.1% يتناولون ثلاث وجبات في اليوم، وبنسبة 39.4% من يتناولون أربع وجبات، وهذا مقابل انخفاض هذه النسب عند المبحوثين الذين لا يشارك أفراد أسرهم المشتغلون في تحمل أعباء ومصاريف الأسرة اليومية لنجدها تقدر بـ 43.1% من المبحوثين يتناولون ثلاث وجبات بنسبة 35.2% منهم يتناولون أربع وجبات، في حين نجد أن ذلك التأثير السلبي لعدم المشاركة للأفراد المشتغلون في ميزانية الأسرة يؤدي

ببعض المبحوثين إلى الاقتصار على تناول وجبتين فقط في اليوم، وذلك بنسبة 21.6%.

وما يمكن استنتاجه من خلال تلك المقارنة الإحصائية لنسب هذا الجدول، والتي تبين بأن هناك علاقة طردية بين المتغيرين، حيث نجد أنه كلما كانت فيه مشاركة للأفراد المشتغلون في تحمل مصاريف الأسرة اليومية ارتفع عدد الوجبات التي يتناولها المسن في اليوم، وهذا ما يؤكده معامل التوافق الذي قدر عند حسابه بـ 0.32، فهذه العلاقة الطردية وإن كانت منخفضة فإنها تبرز لنا أهمية هذه المشاركة أو بالضرورة الملحة للمشاركة في ميزانية الأسرة لتوفير العدد اللازم والضروري لوجبات الأكل للمسن بصفة خاصة، وكل الأسرة بصفة عامة، وتصبح ضرورية أكثر إذا كان عدد أفراد هذه الأسرة كبير والمرتبط أكثر بنمط الأسرة الممتد الذي يزيد من متطلباتها المختلفة خاصة في الجانب الذي يخص توفير الغذاء اللازم والمتوازن.

ولذلك ومن أجل التعمق أكثر في هذه العلاقة أدخلنا عليها المتغير الرائز المتمثل في نمط الأسرة، حيث وجدنا أن نسبة المبحوثين الذين أفراد أسرهم يشاركون في تحمل أعباء الأسرة المادية تبقي مرتفعة بغض النظر عن نمط الأسرة التي ينتمي إليها هؤلاء، والتي تكون أكبر قليلا في النمط النووي بنسبة 53.5%، وبنسبة 51% عند النمط الممتد، غير أن المبحوثين الذين لا يشارك الأفراد المشتغلون في ميزانية الأسرة تجعل هؤلاء المبحوثين التي تتراجع عدد وجباتهم اليومية إلى ثلاث وجبات ترتفع نسبتهم في النمط الممتد بنسبة 47%، مقابل 40% منهم ينتمون إلى الأسر النووية، في حين نلاحظ أن زيادة عدد الوجبات إلى أربعة عند المبحوثين الذين ينتمون إلى الأسر الممتدة التي يشارك أفرادها المشتغلون في تحمل أعباء ومصاريف الأسرة اليومية بنسبة 41.2%، فإنها تنخفض إلى نسبة 29.1% عند الذين لا يشارك أفرادهم المشتغلون في تلك الميزانية وذلك مع بقاء هذه النسبة مرتفعة في النمط النووي بالرغم من عدم مشاركة هؤلاء الأفراد في تلك الميزانية بنسبة 40%.

وما يمكن استنتاجه من خلال كل هذه المعطيات أن المشاركة في ميزانية الأسرة تصبح ضرورية وملحة في النمط الممتد لتوفير العدد الكافي واللازم للوجبات الغذائية التي يتناولها المسن في اليوم، نظرا للحجم الكبير الذي تتميز به هذه الأسر التي يزيد من حجم المصاريف التي يجب أن توفر لتلبية الحاجيات المختلفة لأفرادها، بما في ذلك توفير الغذاء اللازم والمتوازن لأفرادها، أي يفرض عليهم ضرورة التعاون والتضامن فيما بين هؤلاء الأفراد لضمان حياة أفضل من جميع النواحي، والذي في كثير من الأحيان تقف عدة عراقيل لتحقيق ذلك، من بينها مشكل البطالة التي تنقص من عدد المعيلين وتجعلهم في خانة المعالين، أو ضعف مداخيلهم أو عدم استقرارها بسبب عدم ضمان عمل ثابت، وهذا عكس الأسر النووية التي

تتميز بحجمها الصغير الذي حتى وإن قل عدد المشتغلين فيه أو المشاركين في تلك الميزانية تبقى تحافظ على قدر كافي من الدخل الذي يضمن لهم توفير احتياجاتهم اليومية بما فيها العدد اللازم أو الكافي لأفرادها بصفة عامة، وأفرادها المسنين بصفة خاصة.

استنتاج الفرضية الثالثة:

من خلال تلك الجداول التي استعنا بها في تحليل هذه الفرضية التي مفادها: "تراجع علاقات التضامن والتكافل الأسري وميل الأسرة إلى النمط النووي يؤدي إلى تراجع وتدهور نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن بشقيها العلاجي والوقائي." والتي كان من أهم نتائجها حسب ثلاث محاور أساسية ما يلي:

❖ من خلال جداول هذا المحور الذي يهتم برأي المسن في نوعية الرعاية التي يتلقاها؛ استنتجنا أنه على عكس ما كنا نتوقع فقد وجدنا أن المسنين الذين ينتمون إلى النمط النووي أكثر رضا على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها هؤلاء من أفراد أسرهم، هذه الرعاية سواء كانت مادية بشقيها العلاجي والوقائي، أو كانت معنوية من خلال تلك السلوكات والإجراءات التي يقوم هؤلاء الأفراد سعيا منهم لتوفير الجو المناسب من خلال تلك الزيارات أثناء مرضه من طرف الأبناء المستقلين عنه، أو مرافقته إلى الطبيب، أو القيام بخدمته في المنزل ومساعدته على القيام بشؤونه، كالاهتمام بنظافته، والإشراف على تقديم الدواء له أو تنبيهه لذلك، وغيرها من الأمور.

حيث اتضح أنه من بين العوامل التي تجعل النمط النووي هو الذي يتميز بتقديم هذا النوع من الرعاية هو تلك الظروف والخصائص الاقتصادية والاجتماعية التي تميزها، من خلال حجمها الصغير وأيضا اتساع المسكن الذي ينعكس بالإيجاب على الجانب النفسي للمسن في مرحلة مرضه كما قد رأينا في الفصل السابق، وهذا على عكس الأسر الممتدة التي تتميز بالحجم الكبير لها، والذي كان من المفروض أن يلعب دورا إيجابيا في تقديم الرعاية الصحية لهؤلاء، وهذا بسبب ما يقابل هذا الحجم الكبير من ضيق في المسكن الذي يعيش فيه هذا النمط من الأسر، وهو الآخر ناتج عن الوضعية المعيشية المتدنية لها والتي تجعلها عاجزة على التوسع في المنزل، وبالتالي غير قادرة على توفير متطلبات الحياة اليومية بما فيها الرعاية الصحية التي يجب أن يتلقاها المسن هذا من جهة.

ومن جهة أخرى فإن علاقات التضامن الجيدة التي تجمع بين أفراد الأسر النووية، من خلال المساعدة التي يقدموها أو من خلال تلك المشاركة في ميزانية الأسرة ترفع من المستوى المعيشي لهذه الأسر الذي ينعكس إيجابا على نوعية الرعاية الصحية التي يستفيد منها المسن، على عكس الأسر الممتدة التي تعجز فيها تلك المشاركة في ميزانية الأسرة أو المساعدات التي يتلقاها المسن من الرفع في المستوى المعيشي لها بسبب العدد الكبير للمعالين التي تضمهم أو تراجعها بسبب عدم استقرار ظروف العمل للأفراد المشتغلون وتعرضهم من فترة إلى أخرى لمشكل البطالة.

فهذا التقييم لهذه الرعاية من طرف المسن يعكس بدوره أيضا نوعية تلك العناية والاهتمام بصحة المسن بشقيها الوقائي والعلاجي، وهذا ما سنبرزه في العنصر الثاني والثالث.

❖ فمن خلال هذا المحور المتعلق بالرعاية الصحية العلاجية؛ نلاحظ أنه هناك تأثير إيجابي لتلك المشاركة في ميزانية الأسرة بالنسبة لأفرادها المشتغلون، والتي تبرز أكثر في النمط النووي الذي يزيد من الحرص على المتابعة المستمرة للحالة الصحية لهم وذلك بنسبة 60%، كما أننا نجد أيضا أن للمساعدة المالية التي يقدمها هؤلاء الأفراد للمسن دور في هذه المتابعة الطبية، والتي تزيد من نسبة الحرص على المتابعة المستمرة للأمراض التي يعانون منها بنسبة 57%، دون أن نغض الطرف عن تلك النسبة المعتبرة من المسنين الذين يحرصون على متابعة حالتهم الصحية دون أن يكونوا بحاجة إلى المساعدة المالية من أبنائهم.

وأيضا نجد أن لهذه المساعدات المالية دور في تحديد القطاع الصحي الذي يتوجه إليه المسن، لنجد أنه كلما زادت درجة الاستفادة من تلك المساعدة فإنه يزيد معها الإقبال على القطاع الصحي الخاص وذلك بنسبة 46%، مقابل 28% من الذين لا يتلقون أي مساعدة مالية، ليزيد اعتماد هذه الفئة على القطاع الصحي العمومي بنسبة 63%، وذلك قصد تجنب دفع مصاريف أكثر وتوفيرها لدفع مستحقات الدواء خاصة إذا كانوا غير مستفيدين من خدمات التأمين الصحي.

ولكن تلك المساعدات لا تلعب دورا إيجابيا في جميع جوانب الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها، بل لها جوانب سلبية وتظهر من خلال تأجيل الذهاب إلى الطبيب، أو اللجوء في كثير من الأحيان إلى معالجة الأمراض بالطرق التقليدية، وهذا بسبب الاعتماد الكبير أو الكلي على تلك المساعدات بنسبة 45%؛ والتي وجدناها تنتشر أكثر عند النساء بنسبة 62% بسبب الخصائص الاقتصادية التي يتميزن بها في هذه المرحلة من العمر لعدم امتلاكهن لدخل ثابت من جهة، ومن جهة أخرى عدم استفادتهن من خدمة التأمين الصحي، وبذلك يكونون عاجزين على توفير مستحقات الطبيب في بادئ الأمر، وغير قادرين على شراء الأدوية بعد توجههم إلى الطبيب إذا لم يتلقوا تلك المساعدات التي قد تستغرق وقت حتى يستفيدوا منها،عكس المبحوثين الذين يملكون تلك الموارد التي تساعد على تقديم رعاية أحسن فإننا نجدهم أكثر مسارعة في الذهاب إلى الطبيب والحرص على توفير الدواء وتناوله، وهذا ما سنحاول التعرف علية أكثر من خلال تحليل جداول الفرضية الرابعة المتعلقة بالمكانة والأدوار الاجتماعية والاقتصادية التي تميز هؤلاء وعلاقتها بنوعية هذه الرعاية.

❖ بالإضافة إلى تأثير هذا النوع من العوامل على الرعاية الصحية العلاجية فإن تأثيرها يبرز أيضا على الجانب الوقائي لها، حيث وجدنا أن تلك المشاركة في ميزانية الأسرة خاصة في النمط النووي يزيد من حرص المسن على القيام بالفحص الطبي الدوري بنسبة 54%، وكذلك هو الحال بالنسبة بالإجراء الوقائي الثاني المتمثل

في تطبيق الحمية الغذائية، فإذا كان بقاء نسبة المسنين في النمط النووي للأسرة هم الأكثر حرصا على تطبيق الحمية الغذائية مهما كان درجة المشاركة في ميزانية الأسرة للأفراد المشتغلون بنسبة 46%، فإن الأمر يختلف في النمط الممتد التي نجدها ترتفع أكثر عند المسنين الذين يشارك أفرادها المشتغلون في تحمل أعباء الأسرة بنسبة 51%، ولا يتوقف عند هذه الدرجة من التأثير بل يتعداه أيضا إلى تحسين نوعية التغذية التي يستفيد منها المسن بصفة عامة، حيث أن مشاركة أفراد الأسرة خاصة ذات النمط الممتد يرفع من عدد الوجبات التي يتناولها المسن وذلك بنسبة 41% من يتناولون أربع وجبات في اليوم مقابل 29% منهم لا يساهم أفرادها المشتغلون في هذا الجانب.

أي ما يمكن قوله فيما يخص علاقات التعاون والتضامن تبقى ضرورية لتحسين نوعية الرعاية الصحية التي يجب أن تقدم للمسن خاصة في حالة افتقاره لدخل يسمح له بتوفير مستحقات العلاج، وأيضا تبقى ضرورية في النمط الممتد من أجل الرفع من المستوى المعيشي لها، خاصة وأننا نلاحظ أن هناك نوع من التهاون والتراجع لهذا النوع من العلاقات في هذا النمط سواء في المشاركة في تحمل مصاريف الأسر أو تقديم تلك المساعدة المالية، الأمر الذي يبرز لنا تغير علاقات التضامن الآلي أو الأولية داخل هذا النمط من الأسر التي كانت تتميز به في المجتمع التقليدي، وذلك بسبب تأثير تلك التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي حدثت في المجتمع الجزائري بصفة عامة، وتأتي في مقدمتها التحضر والتصنيع، والتي أدت بدورها إلى تغير أنماط الإنتاج وبالتالي نوع علاقات الإنتاج القائم على تقسيم العمل المأجور خارج دائرة الأسرة، وهذا عكس ما كان في المجتمعات الزراعية، أين كان أفراد الأسرة يمتهنون الزراعة أو حرفة معينة، وما ينتجونه أو ما يحصلون عليه من مال يكون في يد رب العائلة الأكبر سنا وعادة يكون الجد أو الأب، أي أن خصائص الأسرة الممتدة في وقتنا هذا ليست نفس الخصائص الذي كان يتميز بها هذا النمط في المجتمع التقليدي، كما أن بقاء هذا النمط في المجتمع الحديث ليس بنفس الشروط والظروف في المجتمع التقليدي وبالتالي لا يمكن أن تكون العلاقات نفسها التي تجمع أفراد الأسرة الممتدة.

وفي الأخير مهما كانت درجة تأثير تلك العوامل المتعلقة بالفرضية الثانية، فإنه ما كان ملاحظا هنا أيضا تأثير تلك الخصائص الاقتصادية للمسن بحد ذاته على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، وهذا ما يدفعنا إلى معرفة تأثير هذه الخصائص أكثر على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن، وهذا من خلال الفصل التالي الذي يحوي جداول تحليل الفرضية الرابعة لهذا البحث.

الفصل الرابع

الفصل الرابع: تأثير مكانة وأدوار المسن على نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

إذا كنا تطرقنا في الفصلين السابقين(الثاني والثالث) إلى المستوى المعيشي للأسرة وكذلك طبيعة علاقات التضامن والتكافل التي تجمع بين أفرادها وتأثيرها على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن، فإنه من خلال هذا الفصل سوف نحاول تسليط الضوء على الخصائص التي تميز هؤلاء المسنين بحد ذاتهم، في الجانب الاجتماعي والاقتصادي، والتي يقيسها الدور الاجتماعي لهم من خلال الحالة المدنية لهم وأيضا مدى احتفاظهم بذلك الاحترام الذي يكنه له أفراد أسرته، وأيضا المكانة والأدوار الاقتصادية؛ من خلال استمراره في تسيير شؤون الأسرة من الجانب المادي، وأيضا من خلال الحالة المهنية لهم، وما تعكسه من امتلاك هؤلاء المسنين لدخل شهري من عدمه، واستفادتهم من خدمات التأمينات الصحية.

أولا: تأثير الأدوار الاقتصادية الاجتماعية للمسن على رأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

من خلال هذا العنصر سوف نحاول إبراز العلاقة التي تربط بين المكانة والأدوار الاجتماعية للمسن والمتمثلة في الحالة الزواجية، وأيضا مدى استشارة المسن من طرف أفراد أسرته، وكذلك درجة تأثير تلك المكانة والأدوار الاقتصادية التي تتمثل في كل من الحالة المهنية، بالإضافة إلى مدى تسييره لشؤون الأسرة المادية، على درجة رضاه بتلك الرعاية الصحية التي تقدم له، وهذا من خلال الجداول المركبة التالية: مراجعة

1-1 علاقة مكانة وأدوار المسن الاجتماعية برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

جدول رقم 60: علاقة الحالة الزواجية للمسن برأيه في نوعية الرعاية المقدمة له

نوع الرعاية. / الحالة المدنية.	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متزوجون	67	57.3	48	41.0	2	1.7	117	100
مطلقون	3	27.3	6	54.5	2	18.2	11	100
مترملون	15	35.7	23	54.8	4	9.5	42	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول المبين أعلاه، نلاحظ أن اتجاهه العام يشير إلى أن نصف المبحوثين (50%) صرحوا بأن الرعاية الصحية التي تلقوها جيدة، مقابل نسبة 45.3% منهم صرحوا بأنها حسنة، في حين نجد أن نسبة المبحوثين الذين قالوا بأنها سيئة قدرت بـ 4.7% فقط.

كما نجد أن هذا الاتجاه العام للجدول قد تأثر بالحالة الزواجية التي تميز أفراد عينتنا، حيث نجد أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية جيدة هم المبحوثين المتزوجون بنسبة 57.3%، وهذا مقابل انخفاضها عند المسنين الذين خسروا شريك حياتهم بسبب الطلاق بنسبة 27.3%، وبنسبة 35.7% عند الأرامل، أي على العكس فإن المطلقين أو الأرامل يتراجع رضاهم عن تلك الرعاية المقدمة حيث نجد أن نسبة 54.5% من المطلقين، ونسبة 54.8% من الأرامل صرحوا بأنها حسنة، ويزيد ذلك التقييم سوءا عند المطلقين بنسبة 18.2% ممن يرونها بأنها سيئة.

ومن الملاحظ أن هناك علاقة بين تراجع وانحسار علاقات وأدوار المسن الاجتماعية من خلال الطلاق أو الترمل مما يؤدي ذلك إلى تراجع رضا المسن على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها من طرف أفراد أسرته، وهذا ما يؤكده معامل اختبار استقلالية الظواهر كا^2، من خلال تلك المقارنة بين قيمتها الجدولية المقدرة بـ 12.904 عند درجة حرية(4) ومؤشر دلالة 5%، التي وجدناها أصغر من قيمتها المحسوبة (14.144)، وهذه العلاقة الطردية بين هذين المتغيرين وإن كانت منخفضة كما يشير إليها معامل سبيرمان الذي قدر عند حسابه بـ 0.23، تبرز مدى ذلك الدور الذي يلعبه شريك الحياة في تقديم تلك الرعاية الصحية للمسن، أو من خلال ذلك التماسك عند بقاء شريك الحياة على قيد الحياة، كما أن فقد أحد الطرفين لشريكه في الحياة تؤدي في كثير من الأحيان إلى التغيير في طريقة حياة المسن، إما من خلال تعرضه للوحدة والعيش بمفرده، أو اضطراره إلى العيش مع أحد الأبناء المتزوجين بعيدا عن منزله؛ وهذا ما يبرزه الجدول رقم 10 في الملحق رقم 2، حيث نجد أن المسنين الذين يقيمون بمفردهم والمسنين الذين ينتقلون إلى العيش مع أحد أبنائهم المتزوجين يكون تقييمهم يتجه نحو سوء تلك الرعاية، وذلك عكس المسنين الذين يعيشون مع شريك حياتهم(الزوج/ الزوجة) أين تزيد درجة رضاهم على الرعاية المقدمة لهم.

وهذا التراجع في تقييم هذه الرعاية خاصة عند فئة المسنين الذين ينتقلون إلى العيش مع أحد الأبناء المتزوجين، يبرز طبيعة العلاقات التي قد تتميز بالتوتر بين المسن وأفراد الأسرة المستقبلة له، بسبب رفض زوجة الابن لهذا الوضع أو عدم تقبل المسن بحد ذاته لهذه الحالة، وهذا كله ينعكس سلبا على نوعية الرعاية الصحية المقدمة له داخل البيت بعدم الاهتمام به والقيام بشؤونه في هذا الجانب من الرعاية بمختلف أنواعها.

أي ما يمكن قوله أن طبيعة العلاقات التي تجمع المسن بأفراد أسرته يبقى لها دور في تحديد درجة الاهتمام به وبالتالي درجة رضاه عليها، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 61: علاقة نوعية العلاقة بين المسن وأفراد أسرته برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

نوع الرعاية. / نوع العلاقات.	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
علاقة جيدة	63	73.3	22	25.6	1	1.2	86	100
علاقة حسنة	20	28.6	46	65.7	4	5.7	70	100
علاقة سيئة	2	14.3	9	64.3	3	21.4	14	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه الذي يوضح اتجاهه العام بأن نصف المبحوثين(50%) صرحوا بأن الرعاية التي يتلقوها من أفراد أسرهم هي جيدة، مقابل 4.7% منهم من صرحوا بأنها سيئة.

فإنه عند إدخالنا لمتغير نوعية العلاقات الأسرية التي تجمع المسن بأفراد أسرته لمعرفة درجة تأثيره على رأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، وجدنا أن المبحوثين الذين علاقتهم جيدة بأفراد أسرهم هم أكثر المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة بنسبة 73.3%، وهذا مقابل 14.3% فقط من المبحوثين الذين علاقتهم سيئة بأفراد أسرهم؛ أي تراجع هذه النسبة بـ 59 نقطة.

في حين نلاحظ العكس عند المبحوثين الذين صرحوا بأن تلك الرعاية حسنة، حيث نجد أن أغلب المبحوثين الذين صرحوا بهذا النوع من الرعاية هم المبحوثين الذين تجمعهم علاقة حسنة بأفراد أسرهم بنسبة 65.7%، تليها نسبة 64.3% من المبحوثين الذين علاقتهم سيئة مع أفراد أسرهم، لتتراجع عندهم هذه الرعاية وتصبح أكثر سوءا وذلك بنسبة 21.4%، وتنخفض إلى نسبة 1.2% عند المبحوثين الذين تجمعهم علاقة جيدة بأفراد أسرهم.

وما يمكن قوله في هذه الحالة أن العلاقة الجيدة التي تجمع المسنين بأفراد أسرهم تنعكس على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها بصفة ايجابية والتي تظهر من خلال الرضا الذي يبديه هؤلاء المبحوثين على الرعاية المقدمة لهم، والعكس فإن العلاقة السيئة والمتوترة بين المسن وأسرته تجعل من الصعب إما تقديم رعاية جيدة له من طرف أفراد الأسرة من جهة، ومن جهة أخرى عدم تقبل المسن لرعاية هؤلاء الأفراد له.

وهذه العلاقة الموجودة بين نوع العلاقات التي تجمع بين المسن وأسرته ورأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها منهم، تؤكدها قيمة كا^2 المحسوبة المقدرة عند حسابها بـ (45.005) والتي تفوق قيمة كا^2 الجدولية بقيمة(43.983)، عند درجة حرية(4) ومؤشر دلالة 5%، حيث أنه كلما كانت العلاقات بين المسن وأسرته جيدة

كلما زاد رضا المسن عن تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها منهم، والعكس فإن التوتر وسوء تلك العلاقات بسبب الخلافات تجعل رضا المسن يتراجع عن تلك الرعاية الصحية التي تقدمها له الأسرة.

هذه العلاقة الطردية المتوسطة بين المتغيرين التي تظهر من خلال قيمة معامل سبيرمان التي قدرت بـ 0.49، تبرز لنا أهمية علاقة المسن في مرحلة مرضه بأفراد أسرته في تحديد نوعية تلك الرعاية الصحية بالدرجة الأولى سواء من الناحية المادية الملموسة بمساعدته في توفير مصاريف العلاج، أو من الناحية النفسية من خلال ذلك التفاعل والتواصل الجيد الذي يساعد المسن على التكيف مع حالته المرضية وأيضا التقليل من الضغوط النفسية التي يفرضها المرض عليه وحمايته من القلق والكآبة، من خلال تلك الزيارات التي يتلقاها من أبنائه المتزوجين وأقاربه في فترة المرض والسؤال عن حاله و جعله يحس بأنه مهم ومحبوب وله مكانته بينهم وبأنهم مهتمون بحاله وبصحته أيضا، أو بمرافقته عند زيارته إلى الطبيب وحتى تذكيره بأوقات الدواء أو تقديمه له.

كما أن شعور المسن بأنه مازال يحظى بتلك المكانة من خلال الاحترام والتقدير، أو تلك القدرة على القيام بالأعمال التي كان يقوم بها قبل بلوغه هذه المرحلة من العمر، أو تلك الخصائص المتعلقة بالجانب الاقتصادي له والتي يكون لها دور مهم في تحديد نوع تلك الرعاية التي يتلقاها من أفراد أسرته.

أي أن حفاظ المسن على بعض الأدوار الاجتماعية والاقتصادية التي تضمن له مكانته في الأسرة وتنعكس بطبيعة الحال بصفة ايجابية على تلك العلاقات الأسرية الجيدة التي تجمع بينة وبين أفراد أسرته، تساهم هي الأخرى أيضا في رسم ملامح تلك الرعاية الصحية الجيدة التي يحظى بها المسن.

وهذا عكس المسن الذي تجمعه علاقات متوترة بأفراد أسرته، والذي قد يؤثر على الرعاية من الجانب المعنوي وكذلك من الجانب المادي، وبالتالي فإن هذا الإهمال الذي يلقاه المسن يمس جزء منه تلك الرعاية الصحية بعدم الاهتمام سواء بأكله أو نظافته أو حالته الصحية بصفة خاصة، وقد تصل في بعض الأحيان إلى إهمال حتى السؤال عن حالته، أو زيارته عند المرض، نتيجة تلك الخلافات وعدم التفاهم مابين المسن وأفراد أسرته، وقد يكون سبب تلك العلاقات المتوترة في فقد المسن لتلك المكانة الاجتماعية والاقتصادية نتيجة تراجع وخسارة بعض الأدوار المتعلقة بهذا الجانب؛ والتي بدورها تنعكس سلبا على تلك الرعاية المقدمة له.

كما أن نوع هذه العلاقات تبرز وتظهر في كثير من السلوكات أو طرق التفاعل والتعامل مع المسن، والذي يظهر جزءا منها من خلال ذلك الإقبال الذي يوليه أفراد

أسرة المسن في استشارته والأخذ بنصائحه، وهذا ما سنحاول إظهاره من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 62: علاقة مدى استشارة المسن في بعض الأمور برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

نوع الرعاية / مدى الاستشارة	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يستشيرونه	62	66.7	30	32.3	1	1.1	93	100
أحيانا	14	36.8	23	60.5	1	2.6	38	100
لا يستشيرونه	9	23.1	24	61.5	6	15.4	39	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول الذي يربط العلاقة بين رأي المسن في الرعاية الصحية التي يتلقاها وبين مدى إقبال أفراد الأسرة في استشارة المسن في الأمور المهمة التي تخصهم، والذي يشير اتجاهه العام إلى أن نسبة 50% منهم صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة، مقابل 4.7% منهم صرحوا بأنها سيئة.

فهذا التوزيع للاتجاه العام قد تأثر بمدى إقبال أفراد أسرة المسن على استشارته، حيث نلاحظ أن أغلب المبحوثين الذين يُستشارون من طرف أفراد الأسرة بنسبة 66.7% صرحوا بأهم تلقوا رعاية صحية جيدة مقابل 23.1% فقط من المبحوثين الذين لا تتم استشارتهم في الأمور التي تعنيهم، في حين نلاحظ العكس عند المبحوثين الذين صرحوا بأن نوع الرعاية الصحية التي يتلقونها أنها قد تراجعت ووصفوها بأنها حسنة، حيث نجد بأن هذا النوع من الرعاية التي تعرف تراجعا في نوعيتها تزيد درجتها عند المبحوثين الذين لا يقوم أفراد أسرهم باستشارتهم في الأمور التي تخصهم وذلك بنسبة 61.5%، وهذا مقابل تراجع هذه النسبة لهذا النوع من الرعاية عند المبحوثين الذين يحرص أفراد أسرهم على استشارتهم لتقدر بنسبة 32.3%.

فمن خلال تلك المعطيات الإحصائية لهذا الجدول يؤدي بنا إلى القول بأن هناك علاقة بين رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها وبين إقبال أفراد أسرته على استشارته في الأمور المهمة التي تخصهم، والأمر الذي يثبت ذلك قيمة كا^2 المحسوبة المقدرة بـ (32.247) والتي هي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية المقدرة بـ (30.986) عند درجة حرية (4) ومؤشر دلالة 5%، والتي تثبت بأنه كلما زاد الإقبال على استشارة المسن كلما زاد رضاه عن تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها.

فهذه العلاقة الطردية المتوسطة بين المتغيرين التي تبرزها قيمة معامل سيبرمان المقدرة عن عند حسابه بـ 0.40، تفسر بأن تلك العلاقات الجيدة والتي ينعكس جزء منها من خلال تلك الخطوة التي يقوم بها أفراد أسرة المسن باستشارته في الأمور المهمة التي تخصهم، هذا الأمر يجعل المسن يحس بأنه مازال هو قائد الأسرة والمرجع الأساسي فيها عند الأمور الهامة التي تجعل علاقته تكون أفضل مع أفراد أسرته، كما أن هذا الإقبال على استشارته يبين لنا أيضا مدى الاهتمام الذي يوليه أفراد الأسرة للمسن في كل الأمور وليست أمور الاستشارية بل حتى الأمور المتعلقة بالرعاية التي يجب أن توفر له بمختلف أنواعها، أي أن المسن مازال يحظى بتلك المكانة الاجتماعية داخل أسرته والتي تنعكس بصفة ايجابية على نوعية الرعاية الصحية التي تقدم له، حيث يعيدها كثير من المبحوثين إلى التربية الصالحة للأبناء والتي اعتبروها ثروة أو الحصاد المهم والأغلى الذي يحصلون عليه في خريف عمرهم، والكنز الذي سيفيدهم في هذه المرحلة من العمر، بالإضافة إلى المرأة الصالحة وبقائها على قيد الحياة.

أي أن عيش المسن في أسرة تسود فيها علاقات جيدة بين أفرادها، وأيضا محافظته على مكانته الاجتماعية في الأسرة والأدوار التي هي متعلقة بها، تؤدي بالرضا على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها هذا المسن، أي أن هناك جانب معنوي لهذه الأدوار الاجتماعية تجعله يتقبل هذه الرعاية، وليست بالضرورة الجوانب المادية فقط، وهي الأخرى سوف نحاول أيضا إبراز بعض جوانبها في العنصر التالي:

1 2 علاقة مكانة وأدوار المسن الاقتصادية برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

جدول رقم 63: علاقة الحالة المهنية للمسن برأيه في نوعية الرعاية الصحية المقدمة له.

نوع الرعاية / الحالة المهنية.	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متقاعد	57	56.4	39	38.6	5	5.0	101	100
متقاعد ويعمل	5	41.7	7	58.3	–	–	12	100
لا يعمل وغير متقاعد	21	38.9	30	55.6	3	5.6	54	100
يعمل وغير متقاعد	2	66.7	1	33.3	–	–	3	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه الذي يبين أن معظم المبحوثين بنسبة 50% صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة من طرف أفراد أسرهم، مقابل نسبة 4.7% فقط من صرحوا بأنها سيئة.

وعند ربطنا درجة هذه الرعاية بالحالة المهنية للمبحوثين، لاحظنا أن أغلب المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة هم المبحوثين الذين ما زالوا يعملون بسبب عدم حصولهم على منحة التقاعد نتيجة اشتغالهم في ما سبق في أعمال حرة غير مؤمنة وذلك بنسبة 66.7%، تليها نسبة 56.4% من الذين هم حاليا متقاعدون ويحصلون على معاشهم، وهذا مقابل انخفاض نسبة هذا النوع من الرعاية فيما يخص المبحوثين الذين لا يعملون في الوقت الحالي وغير متقاعدين بنسبة 38.9%.

في حين نلاحظ العكس فيما يخص المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية حسنة والتي هي الأخرى تعبر على تراجع تلك الرعاية التي يتلقاها هؤلاء، حيث ترتفع نسبة هذا النوع من الرعاية عند المبحوثين الذين مازالوا يعملون رغم حصولهم على تقاعدهم وذلك بغرض دعم قيمة الدخل الشهري لهم والذي في كثير من الأحيان قيمته تبقى ضعيفة، وهذا بنسبة 58.3%، تليها نسبة فئة المبحوثين الذين لم يستفيدوا من التقاعد وبالمقابل لا يعملون في هذه المرحلة من العمر بنسبة 55.6%، وتنخفض هذه النسبة عند فئة المبحوثين الذين مازالوا يعملون في هذه المرحلة من العمر بسبب عدم امتلاكهم لأي دخل يضمن لهم توفير متطلبات الحياة، والتي قدرت نسبتهم بـ 33.3%.

من خلال تلك القراءة الإحصائية لنسب هذا الجدول نلاحظ أن للحالة المهنية التي يتميز بها هؤلاء المبحوثين دور في تحديد رأي المسن في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، وهذا نظرا لما توفره أو تتميز بها كل حالة من تلك الحالات في تحديد الوضعية الاقتصادية لهؤلاء المسنين، والتي يكون لها دور في توفير الرعاية الصحية بأشكالها المختلفة التي يحتاجها المسن، وذلك من خلال ما ينجر عن كل حالة من مدى امتلاكهم لدخل ثابت يضمن لهم توفير مصاريف العلاج ، وأيضا الاستفادة من التأمينات الصحية التي لها دور في الخفض والتقليل من ضغط تلك المصاريف.

حيث أن زيادة رضا المسن عن تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها بالنسبة للمبحوثين الذين ما زالوا مستمرين في العمل، يبرز لنا من جهة تلك الحالة الصحية التي مازالوا يتمتعون بها في هذه المرحلة من العمر، أو أن الأمراض التي يعانون منها لا تعيقهم على القيام بالأعمال اليومية ولا يجدون صعوبة في ذلك، بالتالي ليسوا بحاجة كبيرة لذلك الاهتمام الذي يلقاه المسنين الذين يعانون العجز، أي أن الأعباء المخصصة لهذه الفئة من المبحوثين ليست كبيرة وبالتالي يحظى باهتمام أكثر، ومن جهة أخرى ضمان دخل حتى إن كانت قيمته قليلة لتوفير تلك المصاريف للحياة اليومية بما فيها نفقات العلاج، التي تنقص الضغط على ميزانية الأسرة وبالتالي يزيد

الاهتمام بصحة المسن أكثر وبالتالي زيادة رضاه عن هذه الرعاية التي يتقاسم فيها المسن أعباء ومصاريف العلاج مع الأسرة.

وكذلك بالنسبة للمسنين الذين ينتمون إلى فئة المتقاعدين، فهذه الفئة ونتيجة امتلاكها لدخل شهري ثابت يضمن لها توفير تلك المصاريف الضرورية للعلاج فإنه يخفف جزءا من الأعباء التي يتحملها أفراد الأسرة وبالتالي لا يجدون حرجا في تقديم رعاية جيدة لأفرادهم المسنين ولا يتهاونون في ذلك، سواء من خلال الاهتمام به من الناحية المعنوية أو المادية، وخاصة إذا كان هذا المسن يستفيد من تلك الخدمات التي يقدمها الضمان الاجتماعي في مرحلة المرض، أي أن درجة اهتمام الأسرة برعاية المسن تزيد بزيادة تحسن الوضعية المادية المتعلقة أساسا بالمسن.

فهذه المكانة والأدوار الاقتصادية التي لها تأثير على رأي المسن في تلك الرعاية، تحدد أكثر من خلال تلك الخصائص التي تتميز بها كل فئة من الفئات السابقة الذكر، وذلك من خلال المكاسب المادية التي تقدمها كل فئة أو وضعية مهنية لهؤلاء، والمتمثلة في امتلاك دخل شهري ثابت، وأيضا الاستفادة من خدمات التأمين الصحي، وهذا ما يبرزه الجدول التالي الذي يبرز العلاقة بين امتلاك المسن لدخل من عدمه برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن.

جدول رقم 64: علاقة امتلاك المسن لدخل برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

نوع الرعاية / امتلاك الدخل	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	13	43.3	15	50.0	2	6.7	30	100
لديه دخل	72	51.4	62	44.3	6	4.3	140	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول يبرز لنا تلك النسبة المعتبرة من المسنين الذين صرحوا بأنه يحظون برعاية جيدة من طرف أفراد أسرهم خاصة في فترة مرضهم بنسبة 50%، مقابل 45.3% منهم صرحوا بأنهم لا يحظون بكثير من الاهتمام والرعاية لكنها تبقي حسنة.

فإن من بين العوامل التي تؤثر على هذا الاتجاه العام للجدول وتجعله يختلف من مبحوث إلى آخر تلك الوضعية الاقتصادية للمسن، حيث نلاحظ أن المبحوثين الذين لديهم مداخيل شهرية؛ صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة بنسبة 51.4%، مقابل نسبة 43.3% من المبحوثين الذين لا يملكون أي دخل شهري، أي انخفاضها بـ 8 نقاط.

في حين نلاحظ العكس أن عدم امتلاك المسن لذلك الدخل الشهري، يجعل من تلك الرعاية تتراجع في مستواها بوصفها من طرف المسن بأنها حسنة، أي توفير ما

هو ضروري وذلك بنسبة 50%، وتنخفض هذه النسبة عند المبحوثين الذين يملكون دخل لتقدر بـ 44.3%.

فمن خلال كل هذا نلاحظ أن هناك علاقة طردية حتى وإن كانت ضعيفة بين امتلاك المسن لدخل شهري ثابت وتلك الرعاية الجيدة التي يتلقاها من طرف أفراد أسرته، وذلك من خلال قيمة معامل التوافق الذي قدرت قيمته عند حسابه بـ 0.1، الأمر الذي يؤكد اعتماد المسن على دخله بصفة أساسية للعلاج وبالتالي نجد أن الأسرة لا تهمل ولا تغفل رعايته، أي أن المسن في هذه الحالة لا يعتبر نفسه شخصا معالا بل في كثير من الأحيان يكون هو المعيل الوحيد للأسرة؛ ما يجعله يحس بأنه لا يضغط على الأسرة من أجل توفير مصاريف العلاج.

وهذا على عكس المسنين الذين لا يملكون دخلا شهريا ثابتا بسبب الحالة المهنية التي يتميزون بها في هذه المرحلة من العمر، والتي تجعل من المسن شخص معال ويكثر اعتماده على أفراد أسرته خاصة إذا كانت حالته الصحية تتميز بالتدهور وكثرة الأمراض التي يعاني منها، وبالتالي فإن كثرة تلك المصاريف لتوفير العلاج الذي يحتاجه المسنين قد يعرض الأسرة إلى الضغط على ميزانيتها كما كنا قد رأينا سابقا من خلال نتائج تحليل الفرضية الثانية؛ أن المستوى المعيشي للأسرة له دور في تحديد نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها، وبالتالي يكون تقييمه لهذه الرعاية يتراجع إلى الأسوأ.

وفي الأخير تبرز لنا أهمية امتلاك المسن لدخل شهري ثابت في رضاه عن تلك الرعاية الصحية التي تقدم له من طرف أفراد أسرته، ذلك أن تلك القدرة على توفير تلك المصاريف الخاصة بالعلاج من ذلك الدخل بصفة كلية أو جزئية التي تجعل المسن يحس بالرضا هو أن هؤلاء الأفراد لا يدفعون نفقات تلك الرعاية من مداخيلهم بصفة كلية وإنما تتم بصفة جزئية وبالتالي فإن تلك الإضافات التي يقدمها الأفراد له تحسن من تلك الرعاية التي تقدم له، كما أنه لا يحس بأنه شخص معال في هذه المرحلة من العمر.

هذا فيما يخص الخاصية الأولى الناتجة عن تلك الحالة المهنية للمسنين، أما فيما يتعلق بالخاصية الثانية والمتمثلة في الاستفادة من خدمات التأمين الصحي يوضح أهميتها الجدول المركب التالي:

جدول رقم65: علاقة استفادة المسن من الضمان الاجتماعي برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

نوع الرعاية / مدى الانخراط	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
منخرط	74	53.2	59	42.4	6	4.3	139	100
غير منخرط	11	35.5	18	58.1	2	6.5	31	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

أما فيما يتعلق بالجدول المبين أعلاه الذي يوضح العلاقة الموجودة بين استفادة المسن من خدمات الضمان الاجتماعي برأي المسن في نوعية تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها، أنه رغم تلك النسبة المعتبرة من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية جيدة ومرضية والتي قدرت بـ 50%، فإنه عند إدخالنا لمتغير مدى الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي لهؤلاء تبين لنا ما يلي:

أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة بنسبة 53.2% هم المنخرطون في الضمان الاجتماعي ويستفيدون من خدمات التأمين الصحي، مقابل 35.5% فقط من الذين ليسوا منخرطين في الضمان الاجتماعي وبالتالي لا يستفيدون من الخدمات التي يقدمها، أي انخفاض هذه النسبة بـ 18 نقطة.

أما فيما يخص المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية حسنة فإنها ترتفع عند المبحوثين غير المنخرطين في الضمان الاجتماعي ولا يستفيدون من تلك الخدمات التي يقدمها والمتعلقة بالتأمين الصحي لتقدر بـ 58.1%، وتنخفض هذه النسبة لهذا النوع من التقييم الذي يعبر على تراجع نوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن عند المبحوثين المنخرطين في الضمان الاجتماعي لتصل إلى 42.4%.

أي ما يمكن استنتاجه من خلال تلك المقارنة الإحصائية لنسب هذا الجدول؛ أن ذلك التقييم الايجابي ووصف تلك الرعاية التي يتلقاها هؤلاء المبحوثين بالجيدة مرتبطا أساسا بتلك الاستفادة من خدمات التأمينات الصحية التي يستفيد منها هؤلاء من خلال انخراطهم في الضمان الاجتماعي، وفي المقابل فإن ذلك التراجع في تقييم تلك الرعاية وعدم الرضا عليها تزيد عند المبحوثين الذين لا يستفيدون من تلك الخدمات، فهذه العلاقة الطردية بين هذين المتغيرين من خلال ما تبرزه قيمة معامل التوافق الذي قدر عند حسابه بـ 0.14 حتى وإن كانت ضعيفة تبرز تلك الأهمية لتلك الخدمات التي يستفيد منها المسن من خلال ذلك التأمين الصحي، أي أن تلك الخصائص التي تميز هؤلاء المسنين في هذه المرحلة من العمر تؤثر على مدى الاهتمام الذي يوليه أفراد أسرة المسن والسعي إلى تقديم رعاية جيدة له، ذلك أنهم في

هذه الحالة لا يتكفلون بصفة كلية بتلك المصاريف الخاصة بالعلاج، بل يساهمون بجزء منها فقط، أي في هذه الحالة المسن لا يشكل عالة على الأسرة.

في حين نجد أن الأمر يختلف عند المسنين الذين لا يستفيدون من تلك الخدمات التي يقدمها الضمان الاجتماعي في مجال التأمين الصحي، ينعكس سلبا على نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها هؤلاء، بسبب اعتماد هذه الفئة من المسنين اعتمادا كليا على أفراد الأسرة واعتباره عالة عليهم، خاصة إذا كانت هذه الأسر تعرف تدنيا في مداخيلها مما يزيد الأمر سوء في تلك الرعاية بسبب عدم قدرتهم على توفير النفقات اللازمة عند القيام بالإجراءات الوقائية أو العلاجية.

إذا كان هذا الواقع الذي تتميز به نوعية الرعاية الصحية المقدمة والمرتبطة بالدور والمكانة الاقتصادية المتمثلة في الحالة المهنية للمسن وما تعكسه من خصائص في هذا الجانب من خلال درجة امتلاك المسن دخل ثابت، وأيضا استفادته من خدمات التأمين الصحي، فإننا نلاحظ أن الدور والمكانة الاقتصادية للمسن المتمثلة في قيام المسن بتسيير شؤون المنزل التي ارتأينا تسليط الضوء عليها في الجدول التالي، تختلف عن الدور السابق في تحديد درجة الاهتمام والرعاية التي يتلقاها المسن، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 66: علاقة مدى تسيير المسن لشؤون الأسرة برأيه في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

نوع الرعاية / المسير شؤون الأسرة.	جيدة		حسنة		سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
المسن نفسه	45	48.9	42	46.2	5	5.4	93	100
أحد أبنائه	11	34.4	18	56.3	3	9.4	32	100
الزوجة/ الزوج	18	69.2	8	30.8	–	–	26	100
مشترك بينه بين أبنائه	11	57.9	8	42.1	–	–	19	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يتضح لنا أن 50% من المبحوثين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية جيدة، مقابل 45.3% من صرحوا بأنها حسنة.

وعند ربطنا درجة تسير المسن لشؤون المنزل بتقييمه لنوعية هذه الرعاية، تبين لنا أن المبحوثين الذين يتركون مهمة تسيير شؤون الأسرة للشريك الأخر(الزوج/الزوجة) هم أكبر نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بأن الرعاية التي تلقوها جيدة بنسبة 69.2%، تليها نسبة المبحوثين الذين يتم فيما تسير شؤون الأسرة بصفة مشتركة مع الأبناء بنسبة 57.9%، وتنخفض إلى نسبة 48.9% عند المبحوثين

الذين يقومون بعملية تسيير تلك الشؤون بفردهم، وتنخفض أكثر عند المبحوثين الذين يقوم أحد أبنائهم بتلك المهمة لتصل إلى نسبة 34.4%.

في حين نجد أن المبحوثين الذين صرحوا بأنهم تلقوا رعاية صحية حسنة ترتفع نسبتهم عند المسنين الذين يقوم بمهمة تسيير شؤون المنزل أحد الأبناء بنسبة 56.3%، وتنخفض هذه النسبة عند المبحوثين الذين يتولى الشريك الآخر تلك المهمة بنسبة 30.8%.

فما يمكن استنتاجه من خلال تلك النسب الناتجة عن التقاطع بين هذين المتغيرين، أن ذلك التقييم للرعاية التي تقدم للمسن ليست مرتبطة بدرجة حفاظه على تسيير شؤون الأسرة، حيث نلاحظ عكس ما كنا نتوقع أن استمرار المسن بقيامه لهذا الدور الاقتصادي الاجتماعي من خلال تسيير شؤون المنزل يؤدي إلى تراجع رضاه على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها، ويعود هذا الأمر أن تحمل المسن لتلكم المسؤولية بمفرده تؤدي إلى تراجع تلك المشاركة التي يقوم بها أفراد أسرته وبالتالي تحمل تلك الأعباء من مصاريف مختلفة للحياة اليومية، التي لا يحتملها دخله، والذي في الغالب يتميز بقيمته الضعيفة، باستثناء هؤلاء المبحوثين الذين يستفيدون من منحة المجاهدين التي تتميز بقيمتها المرتفعة حيث نجد أن نسبة صغيرة من يستفيد من هذه المنحة والتي تقدر بـ 14.1% من مجموع أفراد العينة*، بالإضافة إلى ما يوضحه جدول رقم 12 في الملحق الثاني، الذي يبين العلاقة بين درجة المشاركة في تحمل أعباء الأسرة وبين الشخص الذي يقوم بتسيير هذه الميزانية، حيث نجد أنه كلما كان أحد الأبناء الذي يقوم بذلك كلما زادت مشاركة أفراد هذه الأسرة في ميزانية الأسرة، وتتراجع هذه المشاركة إذا كان المسن هو الذي يتولى مهمة تسييرها.

كما أن ترك تلك المهمة لأحد الأبناء بسبب العجز أو عدم امتلاكه لدخل أيضا يزيد من تراجع تلك الرعاية التي يتلقاها نتيجة عدم ضمان هؤلاء المسنين للمصاريف التي يجب أن توفر لتك الرعاية التي يتلقاها، الأمر الذي يدفعهم في كل مرة يحتاجون إلى العلاج إلى اللجوء إلى طلب تلك النفقات أو التذكير بذلك، ما يجعل المسن يتحرج في كل مرة يطلب ذلك.

على عكس ما يميز فئة المسنين الذين يتشاركون في تسيير شؤون الأسرة مع أبنائهم، الأمر الذي يخفف علية أعباء تلك الاحتياجات اليومية التي يجب أن يوفرها لأفراد أسرته، وذلك من خلال ما توفره تلك المشاركة من تحسن في الوضع المادي لأسرة، والذي ينعكس بصورة ايجابية على نوعية الرعاية الصحية التي يقدمها أفراد الأسرة لهؤلاء المسنين.

* أنظر الملحق رقم 2، جدول رقم 11: الذي يبين توزيع أفراد العينة الذين يستفيدون من بعض المنح (حيث نجد أن نسبة 22% من مجموع أفراد العينة فقط من يستفيد من تلك المنح.)

وفي الأخير ما يمكن استنتاجه من هذا المحور هو ذلك التأثير الذي تلعبه تلك الأدوار سواء الاجتماعية منها أو الاقتصادية التي يتميز بها هؤلاء المسنين في هذه المرحلة من العمر، وهذا بدرجات متفاوتة ومختلفة على رضا المسن على تلك الرعاية الصحية التي يتلقاها من أفراد أسرته، وهذا نتيجة ما تعكسه تلك الأدوار الاجتماعية من دعم عند تقديم تلك الرعاية الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي، حيث نجد أن بقاء شريك الحياة على قيد الحياة يزيد من تلك الرعاية الجيدة التي يتلقاها المسن والتي يعكسها رضا المسن من خلال وصفها بأنها تتم بشكل جيد، بالإضافة إلى تلك العلاقات الجيدة التي تجمع المسن بأفراد أسرته والتي يتجلى جزء منها في ذلك المظهر المتمثل في إقبال أفراد أسرته في طلب الاستشارة منه في الأمور المهمة التي تعنيهم والتي تعكس تلك المكانة التي يحظى بها هؤلاء داخل أسرهم، بالإضافة إلى المكانة الاقتصادية التي يحظى بها، من خلال امتلاكه لدخل شهري ثابت يضمن له توفير تلك النفقات الخاصة بالعلاج، وأيضا استفادته من خدمات التأمين الصحي التي تعمل على التقليل من تلك المصاريف.

وإن كان هذا هو واقع تقييم المسن للرعاية التي يتلقاها والتي تتأثر بتلك المكانة والأدوار التي يتميز بها هؤلاء المبحوثين، فإننا في المحورين التاليين سوف نحاول معرفة إلى أي مدي يمكن أن يتطابق تأثير هذه العوامل في تحديد رأيه لتلك الرعاية، ومدى تأثيرها أيضا على تلك الرعاية بشقيها الوقائي والعلاجي، وبهذا نستطيع القول بأن هذا التقييم من طرف المسن موضوعي ومطابق لما يجري في الواقع عند القيام بتلك الإجراءات سواء كانت علاجية أو وقائية، والتي تتطلبها تلك الرعاية.

ثانيا: تأثير مكانة المسن وأدواره الاقتصادية على الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها.

في هذا المحور سوف نتعرف على درجة التأثير الذي تلعبه تلك الخصائص الاقتصادية التي تميز وضعية المسنين والتي هي نابعة من تلك المكانة والأدوار التي يشغلها هؤلاء، على نوعية الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقونها، وهذا من خلال الجداول المركبة التالية:

1-2 علاقة مكانة المسن وأدواره الاقتصادية بمدى المتابعة الطبية والقطاع الصحي الذي تتم فيه

جدول رقم67: علاقة مدى امتلاك المسن لدخل شهري بدرجة المتابعة الطبية التي يقوم بها.

المتابعة الطبية / قيمة الدخل	متابعة مستمرة		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	12	48.0	12	48.0	1	4.0	25	100
3000- 15000	28	50.9	20	36.4	7	12,7	55	100
15000-27000	10	41.7	9	37.5	5	20.8	24	100
27000-38000	6	50.0	5	41.7	1	8.3	12	100
38000-51000	2	66.7	1	33.3	-	-	3	100
51000 فأكثر	3	75.0	-	-	1	25.0	4	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12,2	123	100

يشير الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن حوالي نصف المبحوثين الذين يعانون من الأمراض والمشاكل الصحية(49.6%) يتابعون حالتهم الصحية بصفة دائمة ومنتظمة، وبنسبة 38.2% منهم يقومون بتلك المتابعة الطبية بصفة متقطعة، وهذا مقابل 12.2% منهم لا يقومون بتلك المتابعة.

كما نلاحظ أيضا عند إدخالنا لمتغير قيمة الدخل الشهري الذي يملكه هؤلاء المبحوثين، أنه يؤثر على درجة تلك المتابعة، حيث نجد أن أغلب المبحوثين الذين يملكون دخل شهري يقدر بـ 51000 دينار جزائري أو يزيد عن هذه القيمة هم المسنين الأكثر حرصا على القيام بتلك المتابعة بنسبة 75%، تليها نسبة 66.7% من دخلهم الشهري يتراوح ما بين 38000 و51000 دينار، مقابل انخفاض هذه النسبة عند المبحوثين الذين لا يملكون أي دخل بنسبة 48%.

في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين يتراجع اهتمامهم نحو هذا الإجراء يزيد عند المبحوثين الذين لا يملكون دخل شهري وذلك بنسبة 48%، وتنخفض هذه النسبة عند هذا النوع من المتابعة المتقطعة في أوساط المسنين الذين تتميز مداخيلهم الشهرية بقيمتها المرتفعة والتي تتراوح ما بين 38000 و51000 دينار جزائري وذلك بنسبة 33.3%.

وما يمكن استنتاجه من خلال تلك المعطيات الإحصائية لهذا الجدول، ذلك الدور الايجابي الذي يلعبه امتلاك المسن لدخل شهري ثابت على زيادة الإقبال على تلك المتابعة الطبية والحرص على ذلك كلما تطلبت حالته الصحية ذلك، والعكس فإن

تراجع قيمة المداخيل أو انعدامها عند بعض المبحوثين تؤدي إلى نقص الحرص عند البعض الأمر والتخلي عنها عند البعض الآخر.

فإذا كان ذلك الاعتماد الكلي على أفراد الأسرة في توفير مصاريف العلاج نتيجة عدم امتلاك المسن لدخل شهري، سببا في تخلي نسبة معتبرة من المسنين عن تلك المتابعة خاصة إذا كانت مصاريف العلاج مرتفعة، وما يقابلها أيضا من تدني في مداخيل أسر هؤلاء، كما قد رأينا سابقا أن تلك الرعاية وتوفير ما يلزم من مصاريف للقيام بذلك تتحكم في أيضا الظروف المعيشية للأسرة والتي تتراجع مع تراجع المستوى المعيشي لها.

فإنه بالنسبة للمسنين الذين يملكون دخلا شهريا ثابتا والذي يدفعهم إلى الحرص على تلك المتابعة الطبية للأمراض والمشاكل الصحية التي يعانون منها، لكنها ليست بنفس الدرجة من الحرص عند كل المبحوثين والتي تبقى تعرف تفاوتا بين هؤلاء، الذي يبقى متأثرا بقيمة المداخيلهم لهذه الفئة من المبحوثين؛ حيث نجد أن درجة هذا الحرص تزيد أكثر عند من يملكون مداخيل مرتفعة والتي قد تزيد قيمتها عن 51000 دينار جزائري، ويتراجع هذا الاهتمام والحرص كلما تراجعت قيمة مداخيلهم لتصل في بعض الأحيان إلى قيمة 3000 دينار جزائري.

أي أن بقاء تلك المتابعة المستمرة والحرص عليها مرتبطا بمدي امتلاك المسنين لدخل ثابت، والتي تزيد أكثر بزيادة قيمة هذه المداخيل، تبقي نسبة معتبرة من المبحوثين تتراجع في الإقبال والحرص على هذه المتابعة نظرا لأن أغلب هؤلاء المبحوثين تبقى مداخيلهم منخفضة وتنحصر مابين 3000-15000 دينار جزائري، والمقدرة نسبتهم بـ 41.2%، مقابل نسبة 4.1% من تقدر مداخيلهم بـ 51000 دينار أو أكثر*.

فهذا الانخفاض والتفاوت في قيمة هذه المداخيل راجع إلى مصدرها والذي يكون في الغالب وبصفة أساسية معاش التقاعد، والتي يخضع تحديد قيمته إلى شروط؛ كالمدة التي قضاها المسن في سوق العمل، وأيضا قيمة الدخل الذي كان يتقاضاه قبل التقاعد، والتي تختلف من مسن لأخر[1]، لنجد أن هناك نسبة قليلة منهم يتقاضون منح المجاهدين، أو منحة التضامن الجزافية التي لا تتجاوز قيمتها المالية 3000 دينار.

ولهذا السبب نلاحظ أن درجة الإقبال والحرص على المتابعة الطبية للحالة الصحية لهم تزيد عند المسنين الذين يملكون دخلا شهريا ثابتا وتزيد أكثر إذا كانت قيمة هذه المداخيل مرتفعة والتي يستطيع المسن من خلالها تأمين جميع ما يلزم لتلك الرعاية.

* أنظر الملحق رقم 2، جدول رقم 13. الذي يبين توزيع المبحوثين حسب قيمة الدخل الشهري لهم.
[1] مرجع الخاص بالضمان الاجتماعي.

ولكننا في المقابل نلاحظ أن هناك عوامل أخرى تتحكم أيضا في هذا الإقبال المتابعة نظرا لما ما يتيحه توفرها من خفض لتلك المصاريف المخصصة للعلاج، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم68: علاقة مدى استفادة المسن من التأمين الصحي بدرجة المتابعة الطبية لحالته الصحية.

المتابعة الطبية / الانخراط في الضمان الاجتماعي	متابعة مستمرة		أحيانا		لا يتابع		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
منخرط	55	52.9	35	33.7	14	13.5	104	100
غير منخرط	6	31.6	12	63.2	1	5.3	19	100
المجموع	61	49.6	47	38.2	15	12.2	123	100

إذا كان الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه يوضح بأن نصف المبحوثين الذين يعانون من الأمراض يحرصون بصفة مستمرة على متابعة حالتهم الصحية، مقابل 12.2% منهم لا يقومون بذلك.

فإنه عند إدخالنا لمتغير مدي استفادة المسن من خدمات الضمان الاجتماعي، تبين لنا أن درجة الإقبال والحرص على هذه المتابعة تزيد أكثر عند المبحوثين الذين هم منخرطون في الضمان الاجتماعي ويستفيدون من خدمات التأمين الصحي بنسبة 52.9% مقابل 31.6% من الذين لا يستفيدون من هذه الخدمات.

في حين نلاحظ أيضا ذلك التأثير السلبي لعدم استفادة المسن من تلك الخدمات الذي يدفعه إلى التراجع في درجة الإقبال على المتابعة وإهمالها في كثير من الأحيان؛ وذلك بنسبة 63.2%، وهذا مقابل تراجع هذه النسبة لهذا النوع من المتابعة التي تعرف تقطعا في مسارها إلى نسبة 33.7% عند المبحوثين الذين يحظون بالخدمات التي يوفرها الضمان الاجتماعي في مجال التأمين الصحي.

فما هو ملاحظ من خلال تلك النسب لهذا الجدول المركب زيادة الإقبال على المتابعة والحرص عليها عند المبحوثين الذين يستفيدون من خدمات التأمين الصحي، والعكس فإنها تتراجع عند المبحوثين الذين لا يستفيدون من تلك الخدمات، حيث أن هذه العلاقة الطردية بين هذين المتغييرين التي تبرزها قيمة معامل التوافق عند حسابه والتي قدرت بـ 0.22، وحتى وإن كانت منخفضة تبين ذلك الدور الذي يلعبه استفادة المسن من الخدمات الخاصة بالتأمين الصحي في التقليل من عبء نفقات العلاج الذي يحتاجه المسن، خاصة المصاريف التي تخصص لشراء الدواء، والتي أصبحت أكثر تأثيرا في السنوات الأخيرة نتيجة التعديلات التي عرفتها في مجال التعويضات عند شراء الأدوية بصفة عامة، والخاصة بالأمراض المزمنة بصفة

أخص، وهذا من خلال استحداث ما يعرف بتعاقد صندوق الضمان الاجتماعي مع بعض الصيدليات التي توفر للمسنين الدواء دون دفع ثمنها، أو دفع مبالغ صغيرة فقط، وأصبحت أكثر سهولة مع صدور بطاقة الشفاء.

إذا كان هذا يخص تأثير هذه الخصائص الاقتصادية للمسن على درجة الإقبال على المتابعة الطبية، فإننا من خلال الجدول التالي سوف نحاول إبراز تلك العلاقة التي تجمع بين الظروف الاقتصادية الخاصة بالمسن وطبيعة القطاع الصحي الذي تتم فيه هذه المتابعة.

جدول رقم69: علاقة مدى امتلاك المسن لدخل شهري بالقطاع الصحي الذي يتابع فيه.

نوع القطاع / امتلاك الدخل	القطاع العمومي		القطاع الخاص		المجمع بينهما		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	13	54.2	7	29.2	4	16.7	23	100
لديه دخل	42	50.0	36	42.9	6	7.1	85	100
المجموع	55	50.9	43	39.8	10	9.3	108	100

يشير الاتجاه العام للجدول المبين أعلاه أن حوالي نصف المبحوثين(50.9%) الذين يعانون من الأمراض يقومون بالمتابعة الطبية لحالتهم الصحية في القطاع الصحي العمومي، مقابل 39.8% منهم يقصدون القطاع الصحي الخاص، لنجد أن هناك نسبة 9.3% منهم تتداول على القطاعين حسب الظروف التي تميز حالتهم الصحية أو الاقتصادية.

وعند إدخالنا لمتغير مدى امتلاك المسن لدخل شهري ثابت لمعرفة درجة التأثير الذي يلعبه عند اختياره للقطاع الصحي الذي تتم فيه المتابعة، نلاحظ أنه إذا كان تأثير درجة عدم امتلاك المسنين لدخل شهري ثابت تأثير على الإقبال على القطاع الصحي العمومي، حيث نجد نسبتهم تقدر بـ 54.2%، فإن المبحوثين الذين يملكون مداخيل شهرية يزيد إقبالهم أكثر على القطاع الصحي الخاص وذلك بنسبة 42.9%، مقابل 29.2% فقط من المسنين الذين لا يملكون أي دخل.

وما يمكن استنتاجه من تلك العلاقة التي تشير إلى أن زيادة إقبال المسن على القطاع الصحي الخاص تزيد إذا كان يملك دخلا، هو قدرة هؤلاء على توفير المصاريف الخاصة بتلك التكلفة العالية للخدمات الصحية التي يقدمها هذا القطاع والتي تأتي في مقدمتها أجرة الطبيب، بالإضافة إلى مصاريف الأشعة والتحاليل إذا استدعى الأمر إجراءها، وفي هذه الحالة سيدفعها من دخله، وهذا سعيا منه إلى تلقي خدمات أحسن مقارنة بخدمات القطاع الصحي العمومي، حيث تبقى نسبة معتبرة من المبحوثين يعتمدون عليه عند قيامهم بتلك المتابعة وهذا قصد تقليص مصاريف العلاج، خاصة عند المبحوثين الذين لا يملكون دخلا ثابتا؛ وبالتالي اعتمادهم في

توفيرها على أفراد الأسرة، ولهذا نلاحظ أن الأسرة لا تكلف نفسها عناء تلك المصاريف وزيادتها لأعباء الأسرة، أي توفير حد أدنى من الرعاية بحد أدنى من التكاليف، ولا تسعى إلى أكثر من ذلك، خاصة عند الأسر ذات المداخيل المتدنية، ولذلك نجدها تكتفي بتوجيه أفرادها المسنين إلى هذا القطاع.

أي أن امتلاك المسن لدخل خاص به وانخفاض اعتماده على أفراد الأسرة في توفير مصاريف العلاج يدفعه هذا إلى البحث عن خدمات أفضل وفي وقت أقصر وذلك من خلال توجهه إلى القطاع الصحي الخاص، ولا يأبه بتلك التكلفة خاصة عند المسنين الذين ينتمون إلى أسر ذات مستوى معيشي جيد، وتعرف مشاركة لأفرادها المشتغلين في تحمل أعباء الأسرة اليومية، وبهذا يبرز الدور المهم لامتلاك المسن لدخل شهري خاص به، الذي يزيد من نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها.

هذا فيما يخص الحل الذي يستعمله مجموعة من المسنين لتقليص تلك المصاريف الخاصة بالعلاج والتي نجدها في هذه الحالة تخص أجرة الطبيب، وفي الجدول التالي سوف نحاول التعرف على درجة تأثير قيمة الدخل الذي يملكه المسن بتلك الطرق المتبعة في علاجه للأمراض التي يعاني منها، والذي يعكس جزء منها أيضا محاولة تخفيف تلك المصاريف ولكن في هذه المرة من خلال تقليص أعباء شراء الأدوية خاصة إذا كان ثمنها مرتفعا.

2-2 علاقة مكانة وأدوار المسن الاقتصادية بنوع العلاج المتبع

جدول رقم70: علاقة قيمة الدخل الشهري للمسن بطريقة العلاج المتبعة عند الإصابة بالمرض.

نوع العلاج / قيمة الدخل	طريقة تقليدية		طريقة حديثة		الجمع بين الطريقتين		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	1	3.2	15	48.4	15	48.4	31	100
3000- 15000	18	25.7	36	51.4	16	22.9	70	100
15000-27000	6	16.7	21	58.3	9	25.0	36	100
27000-38000	4	22.2	7	38.9	7	38.9	18	100
38000-51000	1	14.3	4	57.1	2	28.6	7	100
51000 فأكثر	1	12.5	4	50.0	3	37.5	8	100
المجموع	31	18.2	87	51.2	52	30.6	170	100

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول، نلاحظ أن اتجاهه العام يشير إلى أن أكبر نسبة من المبحوثين يتبعون في علاجهم للأمراض الطريقة الحديثة وذلك بنسبة 51.2%، مقابل نسبة 18.2% منهم يتبعون الطرق التقليدية التي تعتمد على استعمال بعض الأعشاب الطبية.

وعند ربط هذا المتغير بقيمة الدخل الذي يملكه المسن، نلاحظ أن أكبر نسبة من المبحوثين الذين يستعملون الطرق الحديثة للعلاج هم المبحوثين الذين يملكون دخل شهري ما بين 15000-27000 دينار جزائري بنسبة 58.3%، تليها فئة المبحوثين الذين يتراوح دخلهم ما بين 38000-51000 دينار جزائري، مقابل انخفاضها إلى نسبة 48% عند فئة المبحوثين الذين لا يملكون دخلا شهريا.

أما في ما يخص فئة المبحوثين الذين يعتمدون على المزج بين الطريقتين (التقليدية والحديثة)، فإن نسبة إتباع هذه الطريقة تكثر عند المبحوثين الذين لا يملكون دخلا شهريا بنسبة 48.4%، مقابل انخفاضها إلى نسبة 37.5%عند المبحوثين الذي ترتفع مداخيلهم لتصل 51000 دينار جزائري أو تزيد عن هذه القيمة، وأن نسبة 12.5% فقط منهم يعتمدون على الطريقة التقليدية، في حين نجد أن نسبة التوجه إلى استعمال الطريقة التقليدية تزيد عند المبحوثين الذين يعرفون انخفاضا في قيمة مداخيلهم الشهرية والتي تتراوح ما بين 15000-27000 دينار جزائري بنسبة 25.7%.

ونلاحظ من النتائج المبينة أعلاه أن أغلب المسنين الذين يعتمدون في علاجهم للأمراض على الطرق الحديثة هم الذين يتمتعون بمداخيل شهرية مرتفعة، ذلك أن ارتفاع قيمة الدخل عند المسن يسمح له بتوفير مختلف مصاريف العلاج بما فيما ثمن الدواء مهما كان ثمنه.

ولذلك نلاحظ أن المسنين الذين لديهم مداخيل متدنية تقل نسبة إقبالهم على هذا النوع من العلاج، ليتوجهوا بذلك إلى المزج بين الطريقتين التقليدية والحديثة، أو الاقتصار على الطريقة التقليدية، ويزيد الاعتماد عليها أكثر عند المبحوثين الذين لا يملكون أي دخل يضمن لهم توفير تلك المصاريف لاقتناء الأدوية إذا توجهوا إلى الطبيب وقاموا بالعلاج الحديث، أي لجوء هؤلاء المبحوثين لهذه الطرق التقليدية، يكون القصد منه تجنب أو تقليص تلك المصاريف التي كان من المفروض دفعها لتوفير تلك الأدوية، يوضح صعوبة الظروف المعيشية المتدنية لأسرته التي هي الأخرى تكون عاجزة على توفير تلك المصاريف، وبالتالي فإن المسنين الذين لا يملكون دخل شهري يكنون هم الأكثر المتضررين من هذه الوضعية التي تنعكس سلبا من خلال تراجع تلك الرعاية الصحية الموجهة لهم.

الأمر الذي يوضح مرة أخرى أهمية أن يكون للمسن دخل شهري ثابت ومن الأحسن أن تكون قيمته مرتفعة لكي يكون المسن قادرا على إتباع جميع الإجراءات التي تضمن له رعاية صحية ذات نوعية، أي أن رحلة إهمال تلك المتابعة الصحية بسبب الظروف المادية المزرية للمسن التي تبدأ بتجنب الكثير منهم زيارة الطبيب تنتهي عند البعض إلى تبني الطرق التقليدية، خاصة إذا كانت الأمراض التي يعاني منها ليست ذات نتائج أخطر على صحته.

فإذا كان امتلاك الدخل له كل هذا التأثير على نوع العلاج المتبع من طرف المسن فإن استفادته من خدمات الضمان الاجتماعي له دور هو الآخر في تحديد نوعية العلاج المتبع، نظرا لما يلعبه من خفض تلك الأعباء المتعلقة بهذا الجانب، وهذا ما سنتطرق إليه في الجدول التالي:

جدول رقم71: علاقة انخراط المسن في الضمان الاجتماعي بنوع العلاج المتبع عند إصابته بالمرض.

نوع العلاج / مدى الانخراط	طريقة تقليدية		طريقة حديثة		الجمع بين الطريقتين		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
منخرط	30	21.6	78	56.1	31	22.3	139	100
غير منخرط	1	3.2	9	29.0	21	67.7	31	100
المجموع	31	18.2	87	51.2	52	30.6	170	100

إذا كان الاتجاه العام لهذا الجدول يشير إلى أن أكبر نسبة من المبحوثين يتبعون الطريقة الحديثة للعلاج بنسبة 51.2%، مقابل 18.2% فقط منهم يتبعون الطريقة التقليدية.

فإننا عند ربط هذا المتغير بمدى انخراط المسن في الضمان الاجتماعي واستفادته من التأمينات الصحية، وجدنا أن المسنين الذين يستفيدون من خدمات التأمين الصحي أكثر إقبالا على إتباع الطريقة الحديثة من خلال التوجه إلى الطبيب وشراء الأدوية بنسبة 56.1%، مقارنة بالمبحوثين الذين لا يستفيدون من هذه الخدمات والتي تراجع نسبة إقبالهم على هذا النوع من العلاج لتقدر بـ 29% فقط، أي انخفاضها بـ 27 نقطة عن سابقتها، في حين نلاحظ أن عدم استفادة فئة من المبحوثين من تلك الخدمات يزيد من إقبالهم أكثر من الفئة الأخرى على إتباع المزج بين الطريقة التقليدية والحديثة وذلك بنسبة 67.7%، مقابل 22.3% فقط من المبحوثين الذي لديهم تأمين على صحتهم.

ومن الملاحظ من خلال تلك المعطيات الإحصائية لهذا الجدول المركب، أن نسبة الإقبال على الطريقة الحديثة مرتبطا أساسا بتلك الاستفادة من خدمات التأمين الصحي عند نسبة كبيرة من المسنين، والعكس فإن خسارة المسن هذا النوع من الخدمات يدفعه إلى الاكتفاء بالطريقة التقليدية الممزوجة بالعلاج الحديث الذي يلجأ إليه عندما ييأس من الشفاء بالطريقة الأولى، وهذه العلاقة التي تؤكدها قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر كا^2 المحسوبة التي تكبر قيمتها المقدرة بـ 25.427، قيمة كا^2 الجدولية بقيمة 24.622، وذلك عند درجة حرية تساوي(2) ومؤشر دلالة (5%).

وهذا رغم العلاقة الطردية المتوسطة لها من خلال ما تشير إليه قيمة معامل التوافق المقدرة عند حسابها بـ 0.36، فإن ما يفسر كل هذا بالدرجة الأولى الدور

الذي يلعبه ذلك التأمين الصحي في توفير الدواء، خاصة مع التسهيلات التي عرفها هذا القطاع في السنوات الأخيرة، والتي أدت إلى التخفيف من عبء دفع تكلفة الدواء، الذي كان معمولا بها سابقا ثم ينتظر المسن التعويض من صندوق الضمان الاجتماعي، فإن الإجراء الجديد يتيح للمسن خاصة الذي يعاني من الأمراض المزمنة أخذ الدواء من الصيدليات المتعاقدة مع صندوق الضمان الاجتماعي باستعمال بطاقة الشفاء ليتم بذلك تعامل هذه الصيدلية مباشرة مع هذا الصندوق في مجال التعويضات التي كانت فيما سبق تأخذ وقتا طويلا لتتم.

ولهذا نجد من خلال النتائج التي توصل إليها المسح الوطني لصحة الأسرة في 2002، والتي تعرضت للوضعية الصحية للمسن وكذلك المشاكل التي تواجههم في مجال العلاج، التي بينت أن نسبة معتبرة من المسنين يجدون صعوبة في اقتناء الدواء والتي قدرت نسبتهم بـ 42% بالنسبة للرجال و44% بالنسبة للنساء، ورغم تلك التحسينات التي عرفها هذا القطاع إلا أنه تبقى نسبة معتبرة من المسنين لا يستفيدون نهائيا منها التي قدرت نسبتهم حسب نفس التحقيق بـ 46%[1]، الأمر الذي يبقى يعيق هؤلاء على توفير العلاج الجيد واقتناء الأدوية.

كما أن هذه الوضعية الاقتصادية التي يعيشها هؤلاء المبحوثين لا تتوقف عند هذا الحد في تحديد تلك الإجراءات العلاجية، بل تتعداه أيضا إلى درجة المسارعة في الذهاب إلى الطبيب لتلقي العلاج اللازم، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم72: علاقة مدى امتلاك المسن لدخل شهري بمدى المسارعة إلى الطبيب عند المرض.

المسارعة إلى الطبيب / قيمة الدخل.	يذهب مباشرة		يؤخر ذهابه		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	11	35.5	20	64.5	31	100
3000- 15000	42	60.0	28	40.0	70	100
15000-27000	21	58.3	15	41.7	36	100
27000-38000	10	55.6	8	44.4	18	100
38000-51000	6	85.7	1	14.3	7	100
51000 فأكثر	5	62.5	3	37.5	8	100
المجموع	95	55.9	75	44.1	170	100

إذا كان الاتجاه العام لهذا الجدول الذي يربط العلاقة بين مدي مسارعة المسن في الذهاب إلى الطبيب وبين قيمة الدخل الشهري له، يشير إلى أن أكثر من نصف المبحوثين وبنسبة 55.9% يتوجهون مباشرة إلى الطبيب ودون انتظار لتلقي العلاج،

[1]- الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان، **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**، مرجع سابق، ص 186.

مقابل 44.1% من يؤخرون ذهابهم إلى الطبيب، ويمتد هذا التأخير من يوم إلى أكثر من ثلاثة أيام، والذي يعيده هؤلاء إما لتجريب العلاج التقليدي أو عدم توفر المال للذهاب إلى الطبيب.

فإنه بإدخالنا لمتغير قيمة الدخل الذي يملكه هؤلاء، وجدنا أن ارتفاع قيمة الدخل الشهري يزيد من المسارعة في الذهاب إلى الطبيب، حيث قدرت أكبر نسبة لها بـ 85.7%عند فئة الدخل الذي يتراوح ما بين 38000-51000 دينار جزائري، مقابل انخفاضها إلى 35.5% عند فئة المبحوثين الذين لا يملكون دخل، كما أننا نجد العكس فانعدام الدخل عند هؤلاء يؤدي بهم إلى تأخير الذهاب إلى الطبيب والتي قدرت نسبتهم بـ 64.5%، مقابل انخفاض هذه النسبة إلى 14.3% عند المبحوثين الذين يتراوح دخلهم الشهري ما بين 38000-51000 دينار جزائري.

إذن يظهر من هذه النسب العلاقة الطردية بين قيمة الدخل الشهري المرتفع الذي يملكه المسن ومدى المسارعة إلى الذهاب إلى الطبيب، أي أن الذهاب إلى الطبيب يبقى متوقفا على مدى امتلاك المسن لدخل يضمن له توفير جميع مصاريف العلاج، من أجرة الطبيب إذا توجه المسن إلى القطاع الخاص، لتأتي بعد ذلك دفع ثمن الدواء، بالإضافة إلى دفع تلك المصاريف الخاصة بالأشعة والتحاليل إذا استدعى الأمر ذلك.

ولذلك نجد أن فئة المسنين الذين لا يملكون دخلا شهريا يؤخرون ذهابهم إلى الطبيب لتلقي العلاج، وقد تتراوح مدة التأخير مابين يوم واحد إلى أكثر من ثلاثة أيام، هذا في انتظار تلك المساعدة المقدمة من أفراد أسرته، وكما قد رأينا سابقا عند تحليل الفرضية الثالثة أن النساء هم أكثر عرضة لهذا الموقف بسبب الحالة المادية لهم لعدم امتلاكهم لدخل ثابت، مما يجعل هذه الفئة سواء من النساء أو الرجال الذين يعتمدون أكثر على الأسرة في توفير تلك المصاريف، معرضين إلى مواجهة صعوبة تلقي العلاج اللازم وفي الوقت اللازم بسبب ذلك التأخير، وما قد يزيد من صعوبة تلقي العلاج الوضع المادي لهذه الأسر الذي له دور في تحديد سواء قيمة هذه المساعدة أو المدة التي تستغرقها لتأمين ذلك.

وما يمكن استنتاجه من خلال هذا التحليل، أنه رغم تلك النسبة الكبيرة للمبحوثين الذين يتميزون بمسارعتهم في الذهاب إلى الطبيب والذي يبرز اهتمامهم الكبير بصحتهم، فإن هذه النسبة يبقى يتحكم فيها مدى امتلاك المسن لدخل شهري كافي لتوفير العلاج اللازم دون أن تكون فيه مماطلة لذلك، لتبقى في المقابل نسبة معتبرة من المسنين لا يتلقون العلاج اللازم من خلال الإهمال وعدم الاهتمام بصحتهم

وقد يزيد الأمر سوءا إذا فقد المسن أيضا استفادته من خدمات التأمين الصحي التي ليست مرتبطة بالضرورة بالحالة المهنية له، والتي بدورها تضمن له جزء من العلاج، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 73: علاقة مدى انخراط المسن في الضمان الاجتماعي بمدى المسارعة إلى الطبيب عند المرض.

المسارعة إلى الطبيب / مدى الانخراط	يذهب مباشرة		يؤخر ذهابه		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
منخرط	87	62.6	52	37.4	139	100
غير منخرط	8	25.8	23	74.2	31	100
المجموع	95	55.9	75	44.1	170	100

إذا كان الاتجاه العام لهذا الجدول يظهر أن أغلب المبحوثين يهتمون بصحتهم ويسارعون إلى الذهاب مباشرة إلى الطبيب في حالة مرضهم بنسبة 55.9%، فإنه عند إدخال متغير مدى استفادة المسنين من خدمات التأمين الصحي، وجدنا أن أغلب المبحوثين الذين يهتمون ويحرصون على هذه الخطوة دون مماطلة هم المستفيدين من خدمات التأمين الصحي بنسبة 62.6%، مقابل تراجع هذا الحرص عند المبحوثين الذين لا يستفيدون من هذا التأمين الصحي لتقدر نسبتهم بـ 25.8% فقط.

في حين نلاحظ أن فئة المبحوثين الذين يؤخرون ذهابهم إلى الطبيب نجد أن أغلبهم لا يستفيدون من خدمات التأمين الصحي بنسبة 75%، وتتراجع عند الذين يستفيدون من تلك الخدمات بنسبة 37.3%.

إذن ما هو ملاحظ أن المسارعة في الذهاب إلى الطبيب عند المرض مرتبطا بدرجة كبيرة باستفادة هؤلاء المسنين من خدمات التأمين الصحي، والعكس صحيح، فهذه العلاقة الطردية التي تجمع بين هذين المتغييرين والتي يؤكدها معامل اختبار استقلالية الظواهر كا^2*، وإن كانت منخفضة والتي تبينها قيمة معامل سبيرمان المقدرة بـ 0.29، تفسر بأنه إذا كان المسن المؤمن صحيا له القدرة على توفير مصاريف الدواء نظرا لنظام التعويضات من خلال استعمال بطاقة الشفاء أو الدفتر الذي يمنحه لهم صندوق الضمان الاجتماعي، والتي نجد نسبتهم تقدر بـ 36.7%* من مجموع المبحوثين، الذي يخفف عنهم جزء من تكاليف الدواء.

* (كا^2 المحسوبة=13.911 أكبر من كا^{2}الجدولية= 12.459، عند درجة حرية=1، ومؤشر دلالة=5%).

* وهذا ما يبرزه الجدول رقم8 في الملحق رقم2، الذي يبين توزيع أفراد العينة حسب مصدر توفير العلاج: نسبة 36.7% من خلال بطاقة الشفاء، 41.3% بمساعدة أفراد الأسرة، و22% من دخلهم الخاص.

ولذلك فإن المسنين الذين لا يستفيدون من هذه الخدمة، نجدهم يتأخرون أكثر من غيرهم في الذهاب إلى الطبيب، بسبب خسارتهم مصدرا يلعب دورا مهما في التخفيف من المصاريف الخاصة بالدواء، ويزيد الوضع سوءا إذا كان هذا المسن لا يملك دخلا، لتبقى هذا الفئة من المسنين يعتمدون على أفراد أسرهم في توفيرها، كما تطرقنا إليه في الجدول السابق.

إذن ما يمكن استنتاجه من خلال تحليل جداول العنصر الخاص بالرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها المسن، هو أنه من الضروري أن يكون المسن لديه دخل شهري خاص يضمن له رعاية صحية جيدة؛ من خلال قيامه بجميع الإجراءات العلاجية اللازمة، والتي تبدأ بحرصه على المتابعة الطبية للأمراض التي يعاني منها، كما أنه لا يجعله يتوانى في الإسراع إلى الطبيب وإجراء تلك الفحوص، في بادئ الأمر وتأمين الدواء الذي يصفه له الطبيب، كما أنه يصبح أكثر إقبالا على القطاع الصحي الخاص، ويزيد حرصهم أكثر إذا كانوا يستفيدون من تلك الخدمات الصحية التي يوفرها لهم انخراطهم في صندوق الضمان الاجتماعي.

وهذا عكس المسنين الذين لا يملكون هذه الامتيازات المادية والخدماتية، التي تدفعهم في كثير من الأحيان إلى التخلي عن القيام بالرعاية الصحية العلاجية من جميع جوانبها، كإهمال المتابعة الطبيبة، وإذا قاموا بها فإنهم يتوجهون إلى القطاع العمومي قصد تخفيف تكلفة العلاج، بالإضافة إلى إقبالهم على العلاج التقليدي بسبب عدم إمكانيتهم توفير ثمن الدواء.

وفي العنصر الموالي سوف نواصل التعرف على العلاقة التي تجمع بين هذه العوامل وبين نوعية الرعاية الصحية الخاصة بجانبها الوقائي.

ثالثا: تأثير المكانة الاقتصادية للمسن على نوعية الرعاية الصحية الوقائية التي يتلقاها.

من خلال هذا العنصر سوف نحاول التعرف على العلاقة التي تجمع بين الرعاية الوقائية المتمثلة في الفحص الطبي الدوري، وكذلك الحمية الغذائية وبين تلك الخصائص التي تميز المبحوثين من الناحية الاقتصادية.

1-3 علاقة مكانة وأدوار المسن الاقتصادية بإجراء الفحص الطبي الدوري

جدول رقم74: علاقة امتلاك المسن لدخل شهري بمدى إقباله على إجراء الفحص الطبي الدوري.

إجراء الفحص / قيمة الدخل	يقوم بصفة دائمة		أحيانا		لا يقوم بذلك		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	20	64.5	5	16.1	6	19.4	31	100
3000- 15000	26	37.1	18	25.7	26	37.1	70	100
15000-27000	15	41.7	9	25.0	12	33.3	36	100
27000-38000	13	72.2	4	22.2	1	5.6	18	100
38000-51000	4	57.1	-	-	3	42.9	7	100
51000 فأكثر	7	87.5	-	-	1	12.5	8	100
المجموع	85	50.0	36	21.2	49	28.8	170	100

يظهر من هذا الجدول أن الاتجاه العام له يشير إلى أن نصف المسنين لعينة بحثنا يقومون بإجراء الفحص الطبي الدوري لتفقد حالتهم الصحية، مقابل نسبة 28.8% منهم لم يقوموا مطلقا بهذا الفحص.

وعند إدخالنا على هذا المتغير قيمة الدخل الشهري الذي يملكه كل مسن، نجد أن فئة المبحوثين الذين يقبلون على إجراء هذا الفحص رغم ذلك تذبذب النسب بين فئات الدخل إلا أنه يبقى هناك تفاوت وفارق معتبر بين نسب الفئة العليا والفئة الدنيا من الدخل، حيث نجد أن المسنين الذين يقومون بهذا الفحص الطبي ترتفع نسبتهم إلى 87.5% من الذين تقدر مداخيلهم بـ 51000 دينار جزائري، وتنخفض قيمتها إلى 37.1% عند المبحوثين الذين يتراوح دخلهم مابين 3000 و15000 دينار جزائري.

أما فيما يخص المبحوثين الذين لا يقومون بهذا الإجراء فإنه أيضا رغم بقاء ذلك التذبذب بين جميع فئات الدخل، ووجود أكبر نسبة من المبحوثين في فئة الدخل 38000-51000 دينار جزائري والمقدرة بـ 42.9% لا يقومون بهذا الإجراء، فإننا أيضا نلاحظ ارتفاعها في فئة الدخل ما بين 3000- 15000 دينار جزائري، وانخفاضها إلى نسبة 5% عند المبحوثين الذين يتراوح دخلهم مابين 27000-38000 دينار جزائري.

إذن ومن خلال ما هو ملاحظ ورغم وجود نسبة معتبرة من المسنين الذين يتميزون بدخل مرتفع يقومون بذلك الفحص، وما يقابله أيضا من ارتفاع في نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بهذا الإجراء بسبب انخفاض الدخل عندهم، إلاّ أنه لا يمكن ربط درجة الإقبال على القيام بهذا الإجراء بصفة كلية بقيمة الدخل وجعله من بين العوامل الأساسية التي تلعب دور في ذلك، هذا لأننا نلاحظ أيضا ارتفاع نسبة

الإقبال على هذا الإجراء على الرغم من عدم امتلاكهم لمداخيل والتي قدرت نسبتهم بـ 64.5%، وما يفسر هذا الإقبال هو أن هؤلاء المسنين لديهم اعتبارات أخرى تحتم وتفرض عليهم اللجوء إلى هذا النوع من الإجراءات الوقائية والتي يكون دافعها في غالب الأحيان الحالة الصحية المتدهورة لهؤلاء بسبب إصابتهم بالأمراض، ليصبح هذا الإجراء الوقائي أداة مراقبة للحالة المرضية للمسن.

أما ما يفسر تلك النسبة المرتفعة للذين لا يقومون بهذا الفحص والملاحظة في فئات الدخل المرتفع أيضا لديها مبررها والذي بطبيعة الحال يختلف عن المبرر في الحالة الأولى، أو يمكن اعتباره مبرر عكسي ذلك أن عدم إقبال هؤلاء على القيام على هذا الإجراء ليس سببه أيضا الجانب المادي وإنما تلك الحالة الصحية الجيدة التي يتمتع بها هؤلاء، ما يجعلهم غير مهتمين بهذا الفحص، وهذا ما توضحه نتائج تحليل الفرضية الأولى لهذا البحث، من خلال العنصر المتعلق بتأثير الحالة الصحية للمسن على درجة الإقبال على هذه الإجراءات الوقائية.

أما فيما يخص الجدول التالي، سوف نحاول من خلاله إبرار العلاقة بين الإجراء الوقائي الثاني المتمثل في تطبيق الحمية الغذائية وبين قيمة الدخل الشهري الذي يملكه المسن.

3-1 علاقة مكانة وأدوار المسن الاقتصادية بتطبيق الحمية الغذائية

جدول رقم75: علاقة مدى امتلاك المسن لدخل شهري بمدي تطبيقه للحمية الغذائية.

تطبيق الحمية / قيمة الدخل.	يقوم بتطبيقها		أحيانا		لا يقوم بذلك		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ليس لديه دخل	14	45.2	9	29.0	8	25.8	31	100
3000- 15000	22	31.4	20	28.6	28	40.0	70	100
15000-27000	14	38.9	7	19.4	15	41.7	36	100
27000-38000	8	44.4	4	22.2	6	33.3	18	100
38000-51000	4	57.1	1	14.3	2	28.6	7	100
51000 فأكثر	4	50.0	1	12.3	3	37.5	8	100
المجموع	66	38.8	42	24.7	62	36.5	170	100

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن اتجاهه العام يشير إلى أن أكثر من ثلث المبحوثين بنسبة 38.8% فقط من يقومون بتطبيق حمية غذائية، وهي لا تبتعد كثيرا عن نسبة المبحوثين الذين لا يقومون بتطبيقها والتي قدرت نسبتهم بـ 36.5%، مقابل نسبة 24.7% منهم غير حريصين بما يكفي على تطبيقها.

وعند ربطنا هذا المتغير(مدى تطبيق الحمية الغذائية) بقيمة الدخل الشهري لهؤلاء المبحوثين، وجدنا أن المبحوثين الذين يملكون مداخيل شهرية مابين38000-51000 دينار جزائري هم أكثر من يحرص على تطبيق الحمية الغذائية بنسبة 57.1%، تليها نسبة 50% من الذين لديهم قيمة دخل تقدر بـ 51000 دينار جزائري، وهذا مقابل تراجعها إلى نسبة 31.4% لمن تتراوح مداخيلهم مابين 3000 و15000 دينار جزائري.

في حين نجد أن المبحوثين الذين لا يقومون بتطبيق هذه الحمية تتركز أكثر عند فئة الدخل 3000-15000 دينار جزائري بنسبة 40%، وهذا مقابل انخفاضها إلى 28.6%عند فئة المبحوثين الذين يتراوح دخلهم الشهري مابين 38000-51000 دينار جزائري.

ومن خلال تلك النسب لهذا الجدول نستنتج أن درجة الإقبال على الحمية الغذائية عند أفراد عينتنا من المسنين تزيد بزيادة الدخل الشهري لهم، والعكس فإن في كثير من الأحيان انخفاض هذه المداخيل يضطر هؤلاء إلى التخلي عن تطبيقها بصفة نهائية أو يكون ذلك التطبيق بطريقة متقطعة، حسب ظروفه المادية من جهة، ومن جهة أخرى الضرورة الصحية التي تحتم عليه تطبيق تلك الحمية بغض النظر عن الوضعية المادية التي يعيشها، فهذه الفئة من المسنين الذين لا يقبلون على هذا الإجراء يعيدون السبب في ذلك إلى غلاء المعيشة وارتفاع الأسعار لتلك المواد الغذائية التي يحتاجها للقيام بذلك مقابل انخفاض مداخيلهم الشهرية التي في كثير من الأحيان تقل قيمتها عن الأجر القاعدي، والتي اعتبرها البعض بأنها بمثابة "صدقة" وليست معاش تقاعد، أي أنها لا ترقى إلى المستوي الذي يستطيع المسن من خلاله توفير متطلبات الحياة بصفة عامة دون أن يكون بحاجة إلى طلب المساعدة من الآخرين، ولذلك فإن هذه المداخيل لا تتيح للأسرة تخصيص حصة غذائية صحية لهذا المسن بمعزل عن باقي أفراد الأسرة.

ولذلك نجد أن المسنين الذين يملكون قيمة دخل شهري مرتفع مقارنة بالفئة السابقة من المبحوثين، التي تسمح لهم بتوفير ما يلزم لتطبيق تلك الحمية، ومن جهة أخرى يبرز ذلك المستوى المعيشي لأسرة المسن، الذي يسعى من خلاله هؤلاء المسنين إلى تحسين نوعية الغذاء الذي يتناولونه، والاهتمام بهذا الإجراء سعيا منهم لتجنب الأمراض وليس فقط من أجل تطبيق تعليمات الطبيب من أجل علاج بعض الأمراض التي تصيبهم؛ كقرحة المعدة، أو القولون أو السكري، حيث صرح لنا البعض أنهم يعتبرون أفضل وسيلة أو إجراء لتجنب الأمراض والحفاظ على صحتهم ذلك الغذاء الصحي والمتوازن الذي يجب أن يحظى به المسنين في هذه المرحلة، ولا يمكن توفير ذلك إلا إذا كان لديهم مداخيل تسمح بذلك.

أي ما يمكن استنتاجه من هذا الجدول أن قيمة الدخل الذي يملكه المسن يبقى له دور في درجة الإقبال على تطبيق تلك الحمية الغذائية التي في كثير من الأحيان تكون ضرورية لبقاء المسن في صحة جيدة، أو ضرورية لشفائه من بعض الأمراض التي تصيبه، خاصة وأن المسن في هذه المرحلة من العمر كثيرا ما يكون معرضا للإصابة ببعض الأمراض التي تستوجب عليه تطبيق هذا النوع من الإجراءات الصحية.

استنتاج الفرضية الرابعة:

من خلال تحليل الجداول المتعلقة بمؤشرات الفرضية الرابعة التي يقول نصها:" تراجع مكانة المسن وأدواره الاجتماعية والاقتصادية يؤدي بدوره إلى التراجع في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها؛ بشقيها الوقائي والعلاجي." فقد توصلنا إلى النتائج التالية:

❖ فيما يخص تأثير المكانة والأدوار الاجتماعية والاقتصادية على رأيه في الرعاية الصحية، فإنه بالرغم من وجود نسبة 50% من المسنين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية جيدة، إلا أن للخصائص الاجتماعية والاقتصادية لهؤلاء المسنين دور في تحديد درجة نوعية تلك الرعاية وبالتالي رضاه عليها والتي تظهر كما يلي:

✓ أن الأدوار الاجتماعية المتمثلة أولا في الحالة الزواجية للمسن يبقى لها تأثير على تقديم تلك الرعاية وبالتالي على رضا المسن عليها، حيث نجد أن بقاء شريك الحياة على قيد الحياة بالنسبة للمسنين المتزوجين يزيد من رضاهم على الرعاية الصحية المقدمة لهم بنسبة 57%، والذي يبرز الدور المهم الذي يلعبه هذا الشريك في تقديم تلك الرعاية والاعتماد عليه في ذلك بصفة أساسية، وعلى باقي أفراد الأسرة بدرجة أقل؛ خاصة إذا تعلق الأمر بالرعاية التي تقدم لهم في المنزل من خلال السهر على نظافته وتقديم الغذاء الجيد له، وأيضا تخفيف الضغط عنه من خلال تخصيص وقت للجلوس معه ومحادثته.

وهذا عكس الأرامل والمطلقين من المسنين فإن خسارتهم لشريك الحياة يؤدي إلى فقدهم إلى أهم مصدر لتقديم الرعاية لهم، سواء بتعرضهم إلى الوحدة والعيش بمفردهم و بذلك لا يجدون من يعتني بهم في فترة مرضهم، أو الانتقال والعيش مع أحد الأبناء الأمر الذي ينعكس سلبا على عملية تقديم تلك الرعاية وهذا من خلال عدم الاهتمام وإهمال زوجة الابن لهذا الجانب في بعض الأحيان.

✓ أما فيما يخص تلك العلاقة الجيدة بين المسن وأفراد أسرته فإنها تزيد من رضا المسن على تلك الرعاية، حيث نجد أن نسبة 73% منهم صرحوا بأنهم يتلقون رعاية جيدة، وهذا نظرا لما تعكسه تلك العلاقات الجيدة بين هؤلاء من محافظة المسن على مكانته بين أفراد أسرته من خلال ذلك الاحترام والتقدير الذي يكنونه له، والذي يبرز جزء منه في تلك الخطوة التي يقوم بها أفراد أسرته في الحرص على استشارته والأخذ والعمل بنصائحه، وبالتالي الاهتمام والحرص على جميع الأمور التي تخصه بما فيها تقديم الرعاية اللازمة له عند إصابته بالمرض.

✓ بالإضافة إلى تلك الأدوار والمكانة الاجتماعية التي يبقى المسن يحافظ عليها والتي تزيد من درجة اهتمام أسرته برعايته الصحية، فإن لتلك المكانة والأدوار الاقتصادية أيضا دور في تحديد درجة رضا المسن على الرعاية الصحية التي يتلقاها، حيث وجدنا أن المسنين المتقاعدين وكذلك فئة منهم مازالوا يعملون ولا يحصلون على منحة التقاعد لأنهم لم يكونوا مؤمنين في الفترة التي قضوها في سوق الشغل هم أكثر المسنين الذين يحظون برعاية أفضل بنسبة 56% و67% على التوالي، وهذا نتيجة لأنهم يملكون موردا ماليا كافيا لتأمين تلك المصاريف بالإضافة إلى استفادتهم من بعض الخدمات التي تعينهم على توفير ذلك بالنسبة للمتقاعدين، أو القدرة على توفير تلك الأموال بالنسبة للذين مازالوا يعملون، وهذا عكس المسنين الذين لا لم يعملوا من قبل ولا يعملون في هذه المرحلة من العمر، الأمر الذي ينعكس سلبا على الوضعية المادية لهم بسبب انعدام مصدر مالي يسمح لهم بتوفير تلك المصاريف.

وهذه الوضعية المهنية لهؤلاء المسنين تظهرها أكثر درجة امتلاك المسن لدخل شهري ثابت من عدمه، وكذلك مدى استفادته من خدمات التأمينات الصحية، حيث وجدنا أن المسنين الذين يملكون دخلا شهريا ذابتا ويستفيدون من التأمينات الصحية هم أوفر حظا في تلقي تلك الرعاية الجيدة وذلك بنسبة 51% و53% على التوالي، وهذا يبرز أهمية أن يكون للمسن دخل خاص به يضمن من خلاله توفر مصاريف هذه الرعاية بشقيها الوقائي والعلاجي، دون أن ننسى أهمية الاستفادة من خدمات التأمين الصحي الذي يبقى له دور مهم في التخفيف من ضغط تكلفة الدواء على دخل المسن بصفة خاصة أو دخل أسرته بصفة عامة.

✓ في حين ظهر لنا العكس فيما يخص الدور الاقتصادي المتعلق بتسيير ميزانية الأسرة فإن بقاء المسن يحتفظ بهذا الدور في هذه المرحلة من العمر دون أن يكون هناك مشاركة من طرف أبنائه في هذا الأمر يؤدي إلى تراجع نوعية الرعاية التي يتلقاها، وهذا بسبب تحمل المسن أعباء الأسرة بمفرده بدخله الذي لا يفي بالغرض، مقابل إعراض الأفراد الآخرين عن مساهمتهم في تلك المصاريف، وهذا عكس المسنين الذين يشاركهم أبناؤهم في تحمل هذه المسؤولية، والتي تجعل المستوى المعيشي لهذه الأسر أحسن، والذي ينعكس على نوعية الحياة بصفة عامة ونوعية الرعاية الصحية بصفة خاصة.

❖ كما أن هذه الخصائص خاصة الاقتصادية لهؤلاء المسنين يبقى لها أيضا تأثير ودورا في تحديد تلك الإجراءات التي يقوم بها المسن لتلقي تلك الرعاية الصحية من جانبها العلاجي، والتي كانت كما يلي:

✓ فيما يخص الإجراء الأول المتمثل في المتابعة الطبية للأمراض التي يعاني منها نسبة 72% من المبحوثين، وجدنا أن درجة الحرص على المتابعة الطبية لتلك الأمراض عند هؤلاء مرتبطا بامتلاكهم دخلا شهريا ثابتا؛ خاصة إذا كان هذا الأخير قيمته مرتفعة، حيث وجدنا أن أغلب المسنين الذين تقدر قيمة الدخل عندهم بـ 51000 دينار أو تزيد عن ذلك يحرصون على المتابعة بصفة مستمرة بنسبة 75%، وعلى العكس فإن تراجع قيمة هذه المداخيل أو انعدامها تؤدي إلى التراجع في القيام بهذا الإجراء بسبب اعتماد هذه الفئة من المسنين على أفراد الأسرة في توفير تلك المصاريف التي تدفع للطبيب أو عند شراء الدواء حيث يجدون صعوبة في الحصول عليها، ويزيد هذا الإهمال والتراجع أيضا عند الذين لا يستفيدون من خدمات التأمين الصحي حيث نجد أن نسبة 32% فقط منهم يقومون بتلك المتابعة مقابل نسبة 53% من الذين يستفيدون من تلك الخدمات، وهذا نظرا لما تلعبه من دور في تخفيف مصاريف العلاج الخاصة بالدواء خاصة مع التعديلات الجديدة التي عرفتها هذه الخدمة في مجال التعويضات من خلال التعاقد مع الصيدليات التي تمنح للمسن المؤمّن الدواء دون دفع مستحقاته وتتم عملية التعويض بين الصيدلية وصندوق الضمان الاجتماعي مباشرة، وأصبحت أكثر سهولة مع استحداث بطاقة الشفاء.

✓ ويبين هذا الحرص أيضا درجة المسارعة في الذهاب إلى الطبيب عند التعرض إلى تلك النكسات الصحية والإصابة بالمرض، والتي وجدنا أنه رغم تلك النسبة الكبيرة من المبحوثين الذين يتميزون بمسارعتهم في الذهاب إلى الطبيب (63%) والذي يبرز اهتمامهم الكبير بصحتهم، فإن هذه النسبة يبقى يتحكم فيها كذلك امتلاك المسن لدخل شهري كافي لتوفير العلاج اللازم وبدون مماطلة؛ ولذلك نجد نسبة الإقبال تزيد لتصل إلى نسبة 86% لمن دخلهم الشهري يتراوح ما بين 38000 و51000 دينار جزائري، لتبقى في المقابل نسبة معتبرة من المسنين لا يتلقون العلاج اللازم ويهملون ذلك بسبب عدم امتلاكهم لدخل شهري يضمن لهم دفع المستحقات اللازمة للعلاج، ويزيد الأمر سوءا إذا فقد المسن أيضا استفادته من خدمات التأمين الصحي، والتي تلعب دورا مهما في تخفيف جزء من تلك المصاريف التي تدفع لتوفير العلاج، حيث وجدنا أن نسبة 75% من المسنين الذين لا يستفيدون من خدمات التأمينات الصحية يؤخرون ذهابهم إلى الطبيب، وهذا مقابل نسبة 62% من الذين يستفيدون من هذه الخدمة يذهبون مباشرة ودون مماطلة إلى الطبيب، أي بهذا نلاحظ أن الارتفاع في الدخل الشهري للمسن بالإضافة إلى استفادته من خدمات التأمينات الصحية تدفع المسن إلى الحرص الدائم على المتابعة الطبية للمشاكل الصحية والأمراض التي يشتكي منها ولا يتأخر في القيام بذلك.

✓ أما الإجراء الثالث الذي يبرز لنا درجة الاهتمام المسن بصحته من خلال نوع العلاج المتبع، من خلال اعتماده أكثر على الطريقة الحديثة وذلك بنسبة 51%، والتي نجدها تنتشر أكثر في أوساط المسنين الذين يعرفون ارتفاعا في مداخيلهم الشهرية

التي تتراوح مابين 38000 و51000 دينار جزائري بنسبة 57% مقابل 48% من الذين لا يملكون أي دخل، وهذه الوضعية المادية المتدنية لهذه الفئة من المسنين تدفعهم في كثير من الأحيان إلى الاعتماد على الطرق التقليدية لتجنب التكلفة الكبيرة للعلاج، خاصة إذا كانوا غير مستفيدين من خدمات التأمين الصحي لتنخفض نسبة اعتمادهم على هذا النوع من العلاج إلى 29%، مقابل 56% من الذين يستفيدون من تلك الخدمة.

❖ غير أننا نلاحظ أن فئة معتبرة من المسنين الذين يحرصون على القيام بجميع الإجراءات المتعلقة بالرعاية الصحية من الناحية العلاجية يعتمدون على القطاع الصحي العمومي بنسبة 50%؛ وتزيد درجة الإقبال عليه أكثر عند المسنين الذين لا يملكون دخلا شهريا بنسبة 54%، وهذا قصد التقليل من تلك المصاريف المخصصة للعلاج والمتعلقة هنا بأجرة الطبيب أو مستحقات بعض التحاليل والأشعة، خاصة أن المسن في هذه الحالة يكثر اعتماده على أفراد الأسرة في توفيرها، مما يدفعه إلى الاكتفاء بالتوجه إلى هذا القطاع، وهذا عكس المسنين الذين لديهم دخل شهري خاص بهم، والذي يدفعهم إلى البحث عن خدمات صحية أحسن وفي وقت أقصر من خلال التوجه إلى القطاع الصحي الخاص وذلك بنسبة 43%، هذا القطاع الذي يبقى يقدم خدمات أفضل ولكن بتكلفة أكبر ليست في متناول الجميع.

✓ أما فيما يخص الإجراءات الوقائية للرعاية الصحية والمتمثلة في الفحص الطبي الروتيني والحمية الغذائية، فرغم بقائها مرتبطة نوعا ما بقيمة الدخل الشهري المرتفع الذي يملكه المسن وذلك بنسبة 85% من لديهم دخل يقدر بـ 51000 دينار أو يزيد يقومون بالفحص الطبي، وبنسبة 57% من دخلهم يتراوح ما بين 38000 و51000 دينار جزائري يحرصون على تطبيق الحمية الغذائية، وبالمقابل انخفاض تلك المداخيل في كثير من الأحيان تدفعهم إلى التخلي عن تطبيقها نظرا لغلاء المعيشة وارتفاع الأسعار التي تعرفها المواد الغذائية، إلا أننا لا يمكن أن تعتبره العامل الوحيد الذي يؤثر على درجة الإقبال تلك، خاصة وأننا نلاحظ أيضا أنه بالرغم من انخفاض الدخل الشهري والذي قد لا يتجاوز الأجر القاعدي لفئة من المسنين يبقى هناك إقبال معتبر على هذه الإجراءات نتيجة اعتبارات أخرى والمتعلقة خاصة بتلك الحالة الصحية المتدهورة لهم بسبب إصابتهم ببعض الأمراض المزمنة خاصة مرض ضغط الدم وداء السكري، التي تفرض عليهم القيام بتلك الإجراءات الصحية.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام لفرضيات البحث:

من خلال العينة التي تحصلنا عليها من مجتمع البحث بطريقة غير عشوائية وذلك باعتمادنا على عينة قصدية بسبب عدم تمكننا من الحصول على إطار المعاينة، وبعد نزولنا إلى الميدان لمدة استغرقت قرابة شهر ونصف، تمكنا من خلالها من ملء 170 استمارة مع المسنين أغلبهم ذكور بنسبة 68%، وأعمارهم تراوحت مابين 60 و95 سنة وذلك بمتوسط عمر قدر عند حسابه بـ 73 سنة، وكان معظمهم متزوجين بنسبة 68%، وأغلبهم متقاعدين بنسبة 67%، ويستفيدون من خدمات التأمينات الصحية بنسبة 81%، بالإضافة إلى ما تتميز به هذه العينة من الناحية الصحية أن نسبة 72% منهم يعانون على الأقل من مشكل صحي أو مرض مزمن مصاحب لهذه المرحلة من العمر، أين تكثر إصابتهم بمرض ضغط الدم بنسبة 42% وداء السكري بنسبة 27%.

وبعد الاستعانة بهذه العينة غير العشوائية التي لا يمكن أن نقول بأنها ممثلة للمجتمع المدروس وبالتالي لا يمكن تعميم تلك النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل الفرضيات الأربع للبحث بعد ربطنا للعلاقات التي تخدم كل فرضية في جداول مركبة بهدف معرفة بعض أهم العوامل والظروف التي تحدد نوعية الرعاية الصحية التي يحتاجها المسنون وفقا لحالتهم الصحية التي يغلب عليها كثرة الإصابة بالأمراض ذات الطبيعة المزمنة في هذه المرحلة من العمر.

ومن خلال هذا التحليل فقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج المهمة، ولكن قبل الشروع في عرض أهم العوامل التي وجدنها تؤثر على هذه الظاهرة بنسب متفاوتة، سوف نعرض أولا الاتجاه العام لها والذي كان كالآتي:

وجدنا أن الاتجاه العام لنوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن يبين لنا ذلك الاهتمام الذي يوليه سواء المسن نفسه أو بمساعدة أفراد أسرته لحالته الصحية في هذا العمر، وهذا من خلال تلك النسبة المقدرة بـ 50% من المسنين المنتمين لعينة البحث الذين صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية جيدة بمختلف جوانبها، والتي يسهر أفراد أسرهم على توفيرها لهم، ونفس النسبة من المسنين يحرصون على القيام بجميع إجراءات الرعاية الصحية سواء كانت متعلقة بالجانب العلاجي لها أو الوقائي.

حيث نجد أن نسبة 49% منهم يحرصون على المتابعة الطبية المستمرة لحالتهم الصحية، ويظهر ذلك أيضا من خلال النسبة المعتبرة منهم تسارع في الذهاب لزيارة الطبيب عند تعرضهم للمرض بنسبة 55.9%، كما أن هذه المتابعة تتم عند أطباء مختصين بنسبة 63%، وتفاديا لكثرة المصاريف يتوجهون إلى القطاع الصحي العمومي بنسبة 50%، وكل هذا يوضح بأن هذه الفئة من المسنين يحرصون على الطرق الحديثة في علاج الأمراض التي يعانون منها بنسبة 51%، وتراجع الاعتماد

على الطرق التقليدية في ذلك، حيث قدرت نسبة من يعتمد عليها من هؤلاء بـ 18% فقط.

كما أننا نجدهم حريصين أيضا على إتباع أهم الإجراءات الصحية الوقائية، وذلك بنسبة 50% ممن يقوم بالفحص الطبي الروتيني بصفة دائمة، وبدرجة أقل حرصا فيما يخص تطبيق الحمية الغذائية بنسبة 38%، وتبقى نفس الملاحظة فيما يتعلق بنوعية الغذاء الذي يتناوله بصفة عامة؛ سواء من ناحية عدد الوجبات؛ حيث وجدنا أن أكبر نسبة منهم والمقدرة بـ 39% ممن يتناولون ثلاث وجبات في اليوم، أو من ناحية المواد الغذائية التي تحتويها في الغالب وجباتهم الغذائية حيث وجدنا أن نسبة 40% من المبحوثين يتناولون العجائن والبقوليات والخضر والفواكه فقط.

وكما هو ملاحظ فإن نوعية الرعاية الصحية الموجهة للمسن في كثير من الأحيان لها اتجاها ايجابيا، إلا أنه يبقى تحت تأثير مجموعة من العوامل التي تم تحديدها من خلال الفرضيات المعتمدة في البحث، والتي أكدتها أهم النتائج المتوصل إليها في هذا البحث كالآتي:

1 -أهم العوامل المؤثرة على تقييم المسن لنوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها

عند التطرق إلى تقييم المسن لنوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها وجدنا أن رضاه يتأثر بمجموعة من العوامل والتي نجد من بينها الحالة الصحية له؛ حيث صرح المسنين الذين لا يعانون من الأمراض إلا من فترة إلى أخرى بأنهم يتلقون رعاية جيدة من طرف أفراد أسرهم، وهذا عكس المسنين الذين يعانون من بعض المشاكل الصحية والأمراض المزمنة، حيث صرحوا بأن الاهتمام والرعاية التي يتلقونها تتراجع مقارنة بالفئة الأخرى، وتزيد درجة هذا التراجع كلما زاد عدد الأمراض وكانت ذات طبيعة مزمنة، حيث أن هذه الوضعية الصحية التي تجبرهم على التعايش مع المرض لفترات طويلة أو دائمة والتي تحتم عليهم الحرص على متابعتها باستمرار تجعلهم تحت ضغوط مختلفة تنعكس فيما بعد سلبا على الحالة النفسية نتيجة إحساسه بالتبعية لكثرة اعتماده على الآخرين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى على تراجع قيمة المصاريف المخصصة لتوفير العلاج اللازم، خاصة إذا كان الوضع المادي لهم متدني.

وهذا ما يبرزه تأثير المستوى المعيشي لأسرة المسن على رضاه على الرعاية الصحية التي يتلقاها من مختلف جوانبها، حيث نجد أن التقييم الايجابي من طرف المسن لهذه الرعاية مرتبط بارتفاع المستوى المعيشي لأسرته؛ الذي يعكسه ارتفاع قيمة الدخل الشهري وكذلك امتلاك مسكن واسع ويحتوي على جميع التجهيزات الضرورية والكمالية، حيث أنه إذا كان هذا المستوى يؤثر عليها من الناحية المادية المتعلقة بإمكانية توفير المصاريف اللازمة للعلاج مهما كانت قيمتها ومهما كانت مدة المرض، فإن له تأثير أيضا على هذه الرعاية من الناحية المعنوية نظرا لما

تلعبه ظروف المسكن الجيدة من خلال اتساعه وانخفاض كثافة الغرف من دور في توفير جو هادئ يساعد المسن من الناحية النفسية على التأقلم مع حالته المرضية.

كما اتضح لنا أن لنمط أسر المبحوثين وطبيعة التضامن بين أفرادها له تأثير على تقييم المسن لتلك الرعاية الصحية نظرا لما يلعبه هذا الأخير من دور في تحسين المستوى المعيشي لها، حيث وجدنا عكس ما كنا نتوقع أن الأسر النووية وما تتميز به من علاقات تضامن أسري جيدة والمتمثلة في المشاركة الفعالة في ميزانية الأسرة وتقديم المساعدة المالية للمسن والتي تعمل على تحسين المستوى المعيشي لهذا النمط من الأسر؛ تجعل المسن أكثر رضا على الرعاية التي تقدم له، وهذا عكس الأسر الممتدة التي في كثير من الأحيان تكون ظروفها المعيشية متدنية سواء من ناحية قيمة المداخيل أو من ناحية ظروف المسكن التي تتميز بالضيق أو حتى علاقات التضامن بين أفرادها التي تعرف تراجعا ولا ترفع من المستوى المعيشي لها بسبب ارتفاع عدد المعالين وقلة عدد المعيلين، وهذه الظروف بطبيعة الحال لها تأثير سلبي على عملية تقديم الرعاية الصحية اللازمة للمسن عندما يكون بحاجة إليها.

بالإضافة إلى تلك الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسرة المسن؛ فقد وجدنا أن للخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمسن تأثير على رضاه على الرعاية الصحية التي يتلقاها، حيث وجدنا أن رضاه يكون أكثر إذا كان متزوجا وشريكه ما يزال على قيد الحياة، الأمر الذي يوضح لنا درجة الاعتماد الكبيرة على الزوجة بالنسبة للذكور في تقديم الرعاية في المنزل وبدرجة أقل على البنات إن وجدن، بالإضافة إلى محافظته على مكانته داخل الأسرة والتي تبرز تلك العلاقات الجيدة بينه وبين أفرادها والتي لها دور فعال في عملية تقديم الرعاية بصفة أحسن، أي أن خسارة هذه المكانة والدور في الأسرة يؤدي بتراجع نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن من طرف أفراد أسرته.

أما فيما يخص خسارة الأدوار الاقتصادية المتعلقة بالحالة المهنية في هذه المرحلة من العمر، فإن لها تأثير سلبي على نوعية الرعاية الصحية بالنسبة للمسنين الذين لم يسبق لهم أن عملوا أو توقفوا عن العمل في هذه المرحلة من العمر دون أن يرافقها استفادة من منحة التقاعد، ولكن بالنسبة للمسنين المتقاعدون فبالرغم من خسارتهم لدور العامل فإننا نجدهم يحضون برعاية صحية جيدة، وفي هذه الحالة يتبين لنا أنه ليست لهذه الأدوار أهمية بحد ذاتها ولكن أهميتها تكمن في تلك المنفعة المادية المترتبة عنها، من خلال امتلاكهم لدخل شهري وما يرافقها من استفادتهم من خدمات التأمين الصحي، وهذا يبرز لنا أنه من الضروري أن يملك المسن دخل شهري يعتمد عليه بصفة أساسية لتوفير مصاريف الرعاية الصحية سواء بشقها الوقائي أو شقها العلاجي، دون أن ننسى أهمية الاستفادة من خدمات التأمين الصحي التي لها دور في التخفيف من تلك المصاريف.

2 -أهم العوامل المؤثرة على نوعية الرعاية الصحية العلاجية التي يتلقاها المسن

إذا كانت العوامل التي تطرقنا إليها في العنصر السابق لديها نفس الاتجاه في التأثير على تحديد رأى المسن في الرعاية الصحية التي يتلقاها باستثناء عامل نمط الأسرة، فإن الأمر يختلف في هذا العنصر الذي يهتم بالرعاية الصحية من جانبها العلاجي من خلال أهم الإجراءات التي ينطوي عليها هذا النوع من الرعاية؛ حيث وجدنا هناك اختلاف في تأثير هذه العوامل عليها من حيث الشدة والاتجاه.

حيث وجدنا أن كل من الحالة الصحية المتدهورة للمسن وأيضا نمط الأسرة النووي وعلاقات التضامن الجيدة التي تجمع بين أفرادها لها تأثير ايجابي على نوعية الرعاية الصحية العلاجية وهذا عكس ما كنا نتوقع، في حين يبقى تدني المستوى المعيشي وتدهور الوضعية المادية المتعلقة بالمسن بحد ذاته نتيجة خسارته للدور الاقتصادي المتعلق بالوضعية المهنية في هذه المرحلة من العمر، بالإضافة إلى عدم الاستفادة من خدمات التأمين الصحي لها علاقة بالتدهور في عملية الاستفادة من هذه النوع من الرعاية.

فيما يخص العامل المتعلق بتدهور الحالة الصحية لهؤلاء المسنين نتيجة إصابتهم بأكثر من مرض، والتي تكون لهم حافز للقيام بتلك الإجراءات المتعلقة بهذا النوع من الرعاية، من خلال حرصهم على المتابعة الدائمة لحالتهم الصحية والمسارعة في الذهاب إلى الطبيب، الذي يكون في الغالب مختص حسب كل مرض باستثناء من يعاني من أكثر من مرض حيث يكون إقبالهم أقل بسبب كثرة المصاريف لو كثر عدد الأطباء المعالجين له، ومقابل هذا ابتعادهم وتخليهم عن الطرق التقليدية.

حيث نجد سبب إتباع الإجراءات العلاجية بصفة عامة، والابتعاد والتخلي عن الطرق التقليدية بصفة خاصة؛ يعود في الأساس إلى طبيعة الأمراض التي تصيبهم في هذه المرحلة من العمر، والتي تكون في الغالب أمراض مزمنة، خاصة ارتفاع ضغط الدم ومرض القلب وداء السكري والتي لها انعكاسات خطيرة على حياة المسن إن لم تلق الرعاية والاهتمام الكافيين، ولضمان هذا الاستمرار في القيام بتلك الإجراءات العلاجية فإن معظمهم يتوجهون إلى القطاع الصحي العمومي وهذا قصد التخفيف من عبء المصاريف التي تدفع لتوفير العلاج.

ولذلك نلاحظ أن المستوى المعيشي له تأثير خاصة في تحديد طبيعة القطاع الصحي وتخصص الطبيب التي تتم عنده المتابعة الطبية التي يقوم بها هؤلاء المسنين، حيث نجد أنه كلما تراجع وتدنى المستوى المعيشي المتمثل في قيمة الدخل الشهري بصفة أساسية كلما زاد التوجه إلى القطاع الصحي العمومي، والتوجه إلى أطباء عامين، وهذا قصد التخفيف من تلك الأعباء لتلك المتابعة الطبية التي يقوم بها المسن، والعكس فإن ارتفاع المستوى المعيشي لأسر هؤلاء المسنين تدفع بهم إلى

التوجه إلى القطاع الصحي الخاص ويكون في الأغلب التوجه إلى أطباء مختصين من هذا القطاع الذي يعرف بالتكلفة العالية للخدمات الصحية التي يقدمها للمرضي

أما فيما يخص الإجراءات الأخرى المتمثلة في المتابعة المستمرة واختيار الطرق الحديثة للعلاج ليس للمستوى المعيشي تأثير كبير عليها، حيث تدخل فيها عوامل أخرى أقوى من تأثير المستوى المعيشي والتي تأتي في مقدمتها كما قلنا سابقا الحالة الصحية للمسن وطبيعة الأمراض التي يعاني منها التي تفرض على المسن الاستمرار في المتابعة الطبية، ومن جهة أخرى المصدر الذي يتم الاعتماد عليه في توفير مصاريف العلاج، حيث وجدنا أن المسنين الذين يعتمدون في توفير جزء من تلك المصاريف المتعلقة بشراء الأدوية على بطاقة الشفاء أو الدفتر الذي يمنحه لهم صندوق الضمان الاجتماعي حريصين كل الحرص على المتابعة المستمرة لحالتهم الصحية نتيجة ما تلعبه من دور في تخفيف تلك الأعباء المتعلقة بهذا الجانب، في حين وجدنا أنه كلما زاد اعتماد المسن على أفراد الأسرة في ذلك كلما تراجع اهتمامه في الحرص على المتابعة الطبية وبالتالي تراجعه في الاعتماد على الطرق الحديثة لذلك خاصة إذا لم تكن هناك علاقات تكافل وتعاون جيدة وقوية بين هؤلاء الأفراد والتي يمكن لها أن تغطي على ذلك التدني في المستوى المعيشي لهذه الأسر.

وهذا ما نلاحظه من خلال تأثير عامل طبيعة نمط الأسرة وطبعة علاقات التكافل والتعاون بين أفرادها، ولكن عكس ما كنا نتوقع فقد وجدنا أن النمط النووي هو الذي يتميز بدرجة فعالة من التكافل والتعاون بين أفرادها خاصة من خلال تقديم تلك المساعدات المالية للمسن عند الحاجة والتي لها تأثير ايجابي على إقباله على المتابعة الطبية التي يقوم بها، والذي يختار لإجرائها القطاع الصحي الخاص، ولكن يبقى لهذه المساعدة تأثير سلبي؛ حيث نجد المسن الذي يستفيد من تلك المساعدات في الغالب يؤجل ذهابه إلى الطبيب بالإضافة إلى توجهه إلى الطرق التقليدية غير المكلفة، هذا في انتظار استفادته من هذه المساعدة، خاصة إذا كانت المصدر الأساسي أو الوحيد لتوفير العلاج وكان هؤلاء المسنين لا يملكون دخل خاص بهم ولا يستفيدون من خدمات التأمينات الصحية، والتي تجعل المسن في وضعية تبعية للآخرين؛ وهذه الحالة نجدها تنتشر أكثر في أوساط النساء المسنات، أي أن دور تلك المساعدات في القيام بهذا النوع من الرعاية يتأثر أيضا بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمسن بحد ذاته.

ويتأكد هذا التأثير من خلال متغير الخصائص الاقتصادية التي يتميز بها المسن، حيث نجد أن الأشخاص المسنين الذين يملكون دخل شهري مرتفع خاص بهم ويستفيدون أيضا من خدمات التأمين الصحي هم الأكثر حرصا على القيام بالمتابعة المستمرة لحالتهم الصحية، ويسارعون للقيام بذلك، ويعتمدون على الطرق الحديثة للعلاج، ويقومون بهذه المتابعة في القطاع الصحي الخاص، وهذا عكس المسنين

الذين لا يملكون دخل شهري ولا يستفيدون من خدمات التأمين الصحي فإن نوعية الرعاية الصحية عندهم تتراجع؛ ويظهر ذلك من خلال إهمالهم لمتابعة الأمراض التي يعانون منها، واعتمادهم في كثير من الأحيان على الطريقة التقليدية التي لا تكلفهم نفقات كبيرة، وهذا بسبب عدم تمكنهم من توفير المصاريف اللازمة سواء التي تدفع للطبيب أو التي تدفع كمستحقات وثمنا للدواء وبعض الأشعة والتحاليل الطبية، أي أن درجة الاستقلالية المادية التي يتمتع بها المسن لها دور في الرفع من مستوي الرعاية الصحية العلاجية.

ومجمل القول فيما يخص العوامل المؤثرة في هذا النوع من الرعاية أنها تؤثر بدرجات متفاوتة عليها وذلك حسب الأهمية والأولوية عندما تتداخل فيما بينها، وهذا يظهر من خلال ما لحظناه من نقص وتتراجع درجة تأثير تدني المستوى المعيشي على عملية العلاج التي يعتمدها المسن بسبب طبيعة الأمراض ذات النتائج الأخطر على حياة المسن والتي تحتاج إلى رعاية مستمرة، ويضاف إليها أيضا عامل اعتماد المسن في توفير مصاريف العلاج على بطاقة الشفاء أو الدفتر الذي يمنحه له صندوق الضمان الاجتماعي واعتبارهما المصدر الأساسي الذي يعتمد عليه هؤلاء لتوفير العلاج، والذي يكون له علاقة بالخصائص الاقتصادية التي تميز فئة من المسنين التي تستفيد من خدمات التأمين الصحي، ونفس الدور يلعبه عندما يكون هناك تداخل بين هذه الخصائص الاقتصادية للمسن وعملية التضامن الأسري؛ أين تتراجع درجة تأثيرها عند المسنين الذين يستفيدون من نوع آخر من التضامن الذي تسهر الدولة على نشره من خلال استحداث مجموعة من الأجهزة التي نجد من بينها جهاز الضمان الاجتماعي.

3 -أهم العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية الوقائية التي يتلقاها المسن

إذا تكلمنا أو تطرقنا إلى الرعاية الصحية في هذا البحث من الناحية الوقائية والمتمثل هنا في كل من الفحص الطبي الدوري وتطبيق الحمية الغذائية، التي نجدها لا تختلف كثيرا بتأثرها بالعوامل المدرجة في فرضيات البحث، حيث تبقى الحالة الصحية المتدهورة للمسن بسبب إصابته بأكثر من مشكل صحي ومرض ذات طبيعة مزمنة(خاصة ضغط الدم، وداء السكري، وأمراض القلب والشرايين) تدفعه إلى إجراء الفحص الطبي الدوري وبدرجة أقل على تطبيق الحمية الغذائية، اللذان يبقيان يعتبران كإجراءين مكملين لعملية العلاج المتبع لا غير وليس نابع من وعي المسن بأهمية هذين الإجراءين في تجنبيه ووقايته من الإصابة بالأمراض.

وما يزيد من تسهيل القيام بهذين الإجراءين التحسن في المستوى المعيشي، حيث أن التحسن في القدرة الشرائية للأسر تزيد من إقبالهم سواء على إجراء الفحص الطبي؛ خاصة وأن هؤلاء المسنين يعتمدون في ذلك على القطاع الصحي الخاص الذي يعرف بالتكلفة العالية للخدمات الصحية التي يقدمها، أو زيادة الإقبال على

تطبيق الحمية الغذائية، ويتعدى هذا الأمر أيضا إلى تحسن نوعية الغذاء الذي يتناوله سواء من حيث عدد الوجبات التي ترتفع إلى أربع وجبات في اليوم، أو المواد المكونة له، والعكس فإن التدني والتدهور في القدرة الشرائية لأسر بعض المسنين تؤدي إلى تراجعها خاصة نوعية الغذاء المقدم له، من خلال تقلص عدد الوجبات إلى وجبتين فقط في اليوم ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل يتعداه أيضا إلى التخلي عن استهلاك بعض المواد الغذائية الأساسية التي تعتبر ضرورية حتى يكون الغذاء صحي ومتوازن المتمثلة في اللحم بأنواعه والفواكه أيضا؛ وهذا بسبب غلاء أسعارها التي ليست في متناول الجميع.

ولهذا نجد أن علاقات التضامن الأسري الجيد والفعال بين الأفراد يزيد من الإقبال على هذا النوع من الرعاية خاصة في الأسر النووية، وهذا يعود إلى أن وجود أكثر من شخص يعمل ويشارك في ميزانية الأسرة يرفع من المستوى المعيشي لها، ولذلك نجد أن الأسر ذات النمط الممتد التي تتميز بحجمها الكبير وما يقابلها من تراجع في عدد الأفراد العاملين فيها وكذلك التراجع في المشاركة من ميزانية الأسرة يؤثر سلبا على الرعاية الصحية الوقائية التي يقوم بها المسن؛ خاصة المتعلق بتطبيق الحمية الغذائية.

ولذلك فإنه من الضروري أن يكون للمسن دخل خاص به ومن الأحسن أن تكون قيمته مرتفعة يضمن من خلاله توفير جزء من المصاريف التي ينفقها على الاستهلاك الغذائي أو الاستهلاك الصحي، ولأنه ليس في متناول كل المسنين امتلاك دخل شهري ثابت، خاصة النساء فإن الرعاية الصحية الوقائية لهن تبقى تتأثر بالوضع المعيشي للأسرة بصفة عامة، ولهذا نجد أن المسنين الذين لا يملكون دخل شهري أو الذين يملكونه ولكن قيمته صغيرة تعرفون تراجعا في نوعية الرعاية الصحية الوقائية بصفة عامة.

الخاتمة

الخاتمة:

في خلاصة بحثنا هذا الذي حاولنا من خلاله تسليط الضوء على الرعاية الصحية لفئة المسنين التي تعتبر إحدى الفئات الحساسة في المجتمع التي تحتاج إلى رعاية واهتمام من جميع مؤسسات المجتمع بالأخص مؤسسة الأسرة، خاصة وأن أغلب هذه الفئة تعاني من مجموعة من الأمراض.

حيث نجد أن الدولة الجزائرية قد سعت إلى توفير الحماية والرعاية لهذه الفئة من جميع الجوانب سواء من خلال قوانين التأمينات الاجتماعية أو قانون التقاعد، أو قانون العقوبات، والتي دعمت مؤخرا بقانون حماية المسنين (تم المصادقة عليه سنة 2010)، والذي ركز على دور الأساسي الذي تلعبه الأسرة في رعاية هذه الفئة، وضرورة دعمها لكي تتمكن من القيام بهذا الدور المنوط بها.

وبالرغم من هذه الإجراءات المتخذة إلا أننا نجد أن الظروف التي تعيشها هذه الفئة في المجتمع الجزائري بصفة عامة وفي الأسرة بصفة خاصة قد تأثرت بتلك التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي حدث في المجتمع الجزائري في العشرين سنة الأخيرة، حيث نجدها مازالت تعاني وتتعرض لكثير من المشاكل والصعوبات سواء من الناحية الاجتماعية؛ من خلال تراجع مكانهم، أو بروز بعض مظاهر الإهمال لهذه الفئة؛ كالتخلي عنهم سواء بتركهم في دور العجزة أو في المستشفيات، أومن الناحية الاقتصادية؛ من خلال الوضعية الاقتصادية المتدهورة بسبب تراجع وضعف مداخيل جزء من هذه الفئة وعدم امتلاك جزء كبير منها لمداخيل يضمن لهم الاستقلال المادي عن أفراد الأسرة، و يسمح لهم بتوفير متطلبات الحياة اليومية، خاصة أن الأسر الجزائرية أصبحت هي الأخرى تعاني من تراجع القدرة الشرائية وتراجع في المستوى المعيشي لها بصفة عامة.

وبما أن نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمسن أو لأي فرد تتأثر بتلك الظروف الاقتصادية والاجتماعية المحيطة به، فإننا نجد أن هذا النوع من الرعاية لهذه الفئة من السكان قد تأثرت سلبا بتلك الظروف التي تتميز بها هذه الفئة من جهة، وبالظروف التي تعيشها أسر هؤلاء.

وهذا ما لمسناه إلى حد ما من خلال نتائج هذا البحث الذي ركزنا من خلاله على إبراز بعض أهم العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المقدمة للمسنين، والتي تبقى مرتبطة بالمستوى المعيشي للأسرة وما يربط أعضاءها من علاقات تضامن وتكافل بصفة عامة، وبالوضعية أو الخصائص الاقتصادية المتعلقة بالمسن بصفة خاصة.

ولذلك يبقى من الضروري توفر مستوي معيشي جيد للأسر حتى تتمكن من تقديم رعاية أفضل وأحسن للمسن من جابيها الوقائي والعلاجي، كما يبقى لعلاقات

التضـامن والتكافـل الجيـد والفعـال دور لـيس فقـط فـي رفـع المسـتوى المعيشـي ولكـن فـي رفع نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهذه الشريحة أيضا.

ومـن جهـة أخـرى فإنـه يبقـى أيضـا مـن الضـروري امـتلاك المسـن لمصـادر ماليـة يضـمن مـن خلالهـا تـوفير مصـاريف العـلاج بصـفة مسـتقلة، نظـرا لمـا تلعبـه مـن تقليـل مـن تبعيـة المسـن واعتمـاده علـى أفـراد الأسـرة، ولكـن تبقـى فئـة معتبـرة مـن المسـنين خاصـة النسـاء المسـنات تعـاني مـن التبعيـة فـي تـوفير مصـاريف العـلاج، وبالتـالي تبقـى نوعية الرعاية لهؤلاء مرتبة أكثر بالظروف التي تعيشها أسرهم.

وإن كـان مـا أبرزنـاه فـي هـذا البحـث جـزء فقـط مـن الواقـع الـذي تعيشـيه هـذه الفئـة فـي مجـال تلقـي الرعايـة الصـحية، والـذي لا يمكـن تعميمـه، إلا أنـه يفـتح لنـا المجـال إلـى البحـث أكثـر والتعمـق أكثـر فـي دراسـة هـذه الفئـة، سـواء لكـي تـتمكن مـن اجتيـاز هـذه المرحلـة مـن العمـر بصـحة أفضـل، أو لكـي تـتمكن مـن الحصـول علـى رعايـة واهتمـام أفضـل، ولا يتـأتي ذلـك إلا مـن خـلال اهتمـام البـاحثين خاصـة فـي علـم الاجتمـاع الاهتمـام بدراسة جميع الجوانب التي تعيشها هذه الفئة من العمر.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1 -الكتب:

(1) أحمد محمد بيومي. **علم الاجتماع العائلى: دراسة التغيرات فى الأسرة العربية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003 .

(2) باتريك جيه بوكانن. **موت الغرب: أثر شيخوخة السكان و موتهم و غزوات المهاجرين على الغرب**، تر: محمد محمود التوبة، مكتبة الكيعان؛ الرياض، 2005

(3) بن ناصر السدجان عبد الله. **رعاية المسنين في الإسلام**، مطابع الجامعة؛ جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1997 .

(4) بوتفنوشات مصطفي. **العائلة الجزائرية: التطور والخصائص الحديثة**، تر: دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية؛ الجزائر، 1984.

(5) بلعروسي أحمد التيجاني. **قانون الضمان الاجتماعي**، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004.

(6) جميل سعد. **دراسات فى المجتمع العربى** ، العين : جامعة الإمارات العربية المتحدة، 1987.

(7) جلبي علي عبد الرازق. **علم اجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية، الطبعة الرابعة، 1999.

(8) جبير شادي نسيم. **المشكلات السكانية**، مكتبة المجتمع العربي: عمان، و دار أجادين: الرياض، 2007.

(9) خليل عمر معن. **علم إجتماع الأسرة**، دار الشروق للنشر والتوزيع؛ عمان، الطبعة الأولى، 2004.

(10) الخولي سناء. **الزواج و العلاقات الأسرية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع؛ بيروت، 1983.

(11) الخولي سناء، **الأسرة والمجتمع**، دار المعرفة الجامعية؛ القاهرة، 1992.

(12) دعبس يسرى. **أوضاع المسنين فى الثقافات المختلفة: دراسة أنتروبولوجية مقارنة**، الملتقى المصري للإبداع والتنمية؛ الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2002.

(13) دعبس يسرى، **الحياة الاقتصادية للمسنين؛ دراسة أنتروبولوجية لدور المسنين**، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، الإسكندرية، 2002.

(14) الساعاتي حسن وعبد الحميد لطفي. **دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر: بيروت،1981.

(15) سليمان عبد الملك عامر، **التأمينات الاجتماعية في الدول العربية**، دار العلم للملايين؛ بيروت، الطبعة الأولى، 1990

(16) سيد فهمي محمد وفهمي نورهان. **الرعاية الإجتماعية للمسنين**، المكتب الجامعي الحديث؛ الإسكندرية ، 1999.

(17) سيد يوسف جمعة و مبروك عبد الكريم. **الصحة الجسمية و النفسية للمسنين** ، دار غريب للطباعة والنشر و التوزيع؛ القاهرة .2006 .

(18) سيد سلامة إبراهيم. **رعاية المسنين**، المكتب العلمي للكومبيوتر للنشر والتوزيع؛ القاهرة، 1997.

(19) عثمان الصديقي سلوى والسيد رمضان، **الصحة العامة، والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.

(20) عمر الجولاني فادية. **دراسات حول الأسرة العربية؛ تحليل اجتماعي لبناء الأسرة وتغير اتجاهات الأجيال**، مؤسسة شباب الجامعة؛ الإسكندرية، 1995.

(21) عاشور عبد المنعم، **صحة المسنين؛ كيف يمكن رعايتها**، الهيئة المصرية العامة للكتاب؛ القاهرة،2009 .

(22) الضبع عبد الرءوف. **علم الإجتماع العائلي**، دار الوفاء للنشر و التوزيع؛ القاهرة، 2002 .

(23) قواوصي علي. **السياسة السكانية في الجزائر: نشأتها و تطورها(1962-1994)**، الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، إقليم العالم العربي: تونس،(د.ت)

(24) محمد الحسن إحسان. **العائلة و القرابة و الزواج : دراسة تحليلية في تغير نمط العائلة والقرابة والزواج في المجتمع العربي**، دار الطليعة للطباعة و النشر : بيروت ، الطبعة الثانية ، 1985 .

(25) محمد قناوي هدى. **سيكولوجية المسنين**، مركز التنمية البشرية والمعلومات؛ الجيزة، الطبعة الأولى، 1987.

(26) محمود حسن. **الأسرة ومشكلاتها**، دار النهضة العربية؛ بيروت، 1969.

(27) مخائيل يوسف أسعد. **رعاية الشيخوخة** ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع؛ القاهرة، 2000.

(28) مرسي عبد بدر يحي. **المسنون في عالم متغير: مقدمة في علم الشيخوخة**، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، الطبعة الأولي، 2007 .

(29) مزاهرة أيمن و آخرون. **علم اجتماع الصحة**، دار البازوردي العلمية للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2003 .

(30) مصطفي عبد المعطي حسن. **سيكولوجية المسنين**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، الطبعة الأولى، 2005 .

(31) لستر،ر،براون. **من أجل الإنسان إستراتيجية لتثبيت عدد سكان العالم**، تر: سمير حسنين، مكتبة غريب: القاهرة،1979.

(32) مسعد الهلالي سعد الدين ، **قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الإسلامي**، مجلس النشر العلمي لجامعة الكويت: الكويت، 2002.

(33) المكاوي علي. **علم الاجتماع الطبي**، تقديم: محمد الجوهري، دار المعرفة الجامعية؛ الإسكندرية، 1996.

2 كتب المنهجية:

(34) جندلي عبد الناصر. **تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية**، ديوان المطبوعات الجامعية؛ الجزائر، الطبعة الثانية، 2007.

(35) زرواني رشيد. **مناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية** ، دار الهدي للطباعة والنشر والتوزيع؛ الجزائر ، الطبعة الأولى، 2007 .

(36) سلاطنية بلقاسم والجيلالي حسان. **منهجية العلوم الاجتماعية**، شركة الهدي للطباعة والنشر والتوزيع؛ الجزائر، 2004.

(37) موريس أنجرس. **مناهج البحث العلمية في العلوم الاجتماعية**، تر: صحراوي بوزيد وآخرون، دار القصبة، الجزائر، 2004.

(38) مانيو جدير، **منهجية البحث؛ دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه**، تر: ملكة أبيض، تنسيق: محمد عبد النبي السيد غانم، (طبعة إلكترونية)، (د.ت)

3- المعاجم:

(39) أبو مصلح عدنان. **معجم علم الاجتماع**، دار أسامة والمشرق الثقافي للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولي، 2006.

(40) بدوي أحمد زكي. معجم **مصطلحات العلوم الاجتماعية (إنجليزي- فرنسي- عربي)**، مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح؛ بيروت، الطبعة الثانية ، 1986.

(41) الجوهري عبد الهادي. **معجم علم الاجتماع**، المكتب الجامعي الحديث؛ الإسكندرية، 1999.

(42) دينكن ميتشل. **معجم علم الاجتماع**، تر: إحسان محمد حسن، دار الطليعة؛ بيروت، الطبعة الثانية، 1986.

4-المجلات والدوريات

(43) راشد بن حمد البوسعيدي. اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين : دراسة اجتماعية ميدانية، بـ: **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلد 35 ، العدد : 3 ، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت ، 2007 .

(44) بومخلوف محمد، نمط الأسرة الجزائرية ومحدداته؛ دارية إحصائية وتحليل نظري، بـ: **سلسلة الوصل**: التغيرات الأسرية والتغيرات الاجتماعية،الجزء الأول، العدد2، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر 2006.

(45) البدانية ذياب. تطوير مقاييس الإتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني، بـ: **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلد 29 ، العدد: 3 ، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، 2001.

(46) تومي حسين. الخصوبة والأسرة؛ تحول الإخصاب وآثاره على بنية الأسرة في الجزائر، بـ: **سلسلة الوصل**، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الجزء الأول – العدد 2، الجزائر، 2006.

(47) التويجري محمد بن عبد المحسن. التحديات التي تواجه المسنين في المجتمع المعاصر، بـ: **مجلة شؤون اجتماعية**، العدد 76، جمعية الاجتماعيين: الشارقة، 2002.

(48) الدحاني أحمد صديقي، رعاية أجيال الإنسان والاجتهاد الديني والتماسك الأسري، بـ : **سلسلة الدورات**؛ أزمة القيم ودور الأسرة في تطوير المجتمع المعاصر، الدورة الربيعية لسنة 2001، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2002

(49) عميرة جويدة، محددات خصوبة المرأة الجزائرية، بـ: **سلسلة الوصل**، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزء الأول ، العدد 2، الجزائر، 2006.

(50) عميرة جويدة. بوادر التشيخ في المجتمع الجزائري والمشاكل المترتبة عنه، **المؤتمر الدولي حول التنمية البشرية ودورها في معالجة المشكلة السكانية**، اجتماعات الدورة 39 لمجلس الجامعات العربية، جامعة الجزائر واتحاد جامعات العرب، الجزائر، من 3 إلى 5 أفريل 2006.

(51) عبد المنعم أحمد فؤاد، حقوق المسنين وواجباتهم في الإسلام، بـ: **مجلة الشريعة والقانون**، العدد:18، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، 2003.

(52) القش محمد أكرم. الخصائص الديمغرافية للمسنين في سوريا و العالم في طل التغيرات النوعية للتركيبة العمرية للسكان، بـ: **شؤون اجتماعية**، العدد: 73، جمعية الاجتماعيين والجامع الأمريكية بالشارقة، 2002 .

(53) محمد الطفيري عبد الوهاب. السياسة الإجتماعية و رعاية المسنين في دولة الكويت ، بـ: **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلد 29 ، العدد : 1 ، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، 2001.

(54) مانع عمار. الدلالات الاجتماعية لعمل المرأة الجزائرية في سوق العمل الرسمي: مؤشرات إحصائية، بـ: **المجلة العربية لعلم الاجتماع**، مجلة نصف سنوية محكمة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة القاهرة، كلية الآداب، العدد 2، جويلية 2008.

(55) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **مرسوم رقم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980**، نشر في تاريخ: الثلاثاء 1 جمادي الأولى 1400هـ.

5-التقارير:

(56) شقير حافظ. **التحول الديمغرافي في الدول العربية و آثاره**، بيت الأمم المتحدة للسكان، المنتدى العربي للسكان؛ بيروت، نوفمبر،2004.

(57) نفيس صادق. **حالة سكان العالم: قرارات من أجل التنمية**، صندوق الأمم المتحدة، نيويورك، 1995.

(58) نفيس صادق. **حالة سكان العالم**، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 1996

(59) الأمم المتحدة. **شيخوخة السكان في الدول العربية**، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا؛ نيويورك، 2007.

(60) اليونيسف. **وضع الأطفال في العالم2008: صحة الأم و الوليد**، نيويورك، 2008.

(61) المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا، **تعمر السكان و نتائجه الاقتصادية والاجتماعية**، تر: صلاح الدين شريف، تقديم:عبد المنعم الشافعي، دراسات سكانية، رقم 260، 1956.

(62) جامعة الدول العربية، **إضافات سكانية**، العدد: 2، إدارة السياسات السكانية، جويلية 2002.

(63) وزارة الصحة و السكان . **السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010 ،** الجزائر ، 2001.

(64) الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992**، التقرير الرئيسي، الجزائر، 1994

(65) الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان. **المسح الجزائري حول صحة الأسرة - 2002**، التقرير النهائي، الجزائر ، 2004 .

(66) الديوان الوطني للإحصائيات. **الجزائر بالأرقام**، رقم 39، نتائج 2008، الجزائر، نشرة 2009.

(67) المجلس الاقتصادي والاجتماعي اللجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية**، مشروع تقرير صحة الأم والطفل**، الجزائر، أكتوبر 1997.

(68) المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **الطرف الاقتصادى والاجتماعي للسداسي الثاني من سنة 1999**، الدورة 15، ماي 2000.

(69) المجلس الاقتصادي الاجتماعي. **مشروع تقرير حول نظرة الإقصاء الاجتماعي: حالة الأشخاص المسنين و الطفولة المحرومة من الأسرة**، الدورة العامة السابعة عشر، 2001.

(70) المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، **ملخص حول الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأمة لسنة 2008**، قسم الدراسات الاقتصادية، 2009.

(71) المجلس الاقتصادي والاجتماعي، **آفاق الظرف الاقتصادي والاجتناعي لسنة 2009(ملخص)**، الجزائر، 2009.

6- رسائل الماجستير والأطروحات:

(72) أمزيان نعيمة، **الآثار السوسيوقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث؛ دراسة ميدانية على عينة من المسنين في بلدية بلب الوادي**، رسالة ماجستير(غير منشورة)، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر،2005.

(73) تمريست فتيحة، واقع الأسرة الممتدة في المدينة؛ **خصائصها ووظائفها ومشكلاتها، دراسة ميدانية لحي عين النعجة – الجزائر العاصمة-** رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2006.

(74) حاج لكحل راضية، **الصحة النفسية للمسنين؛ دراسة مقارنة بين المسن في الأسرة الممتدة والمسن في الأسرة النووية بمدينة بسكرة**، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، جامعة الجزائر، 2008.

(75) درواش رابح، **آليات تكيفها مع التغير الاجتماعي؛ دراسة ميدانية لعينة من ولايات الجزائر(شمال، وسط، جنوب)**، أطروحة دكتوراه(غير منشورة)، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2005.

(76) سبخاوي خديجة. **التغير الاجتماعي و أثره على تشرد المسنين : دراسة ميدانة بشوارع العاصمة**، رسالة ماجستير(غير منشورة): قسم علم الاجتماع والديمغرافيا ، جامعة الجزائر – بوزريعة ، 2008.

(77) عميرة جويدة، **المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي(دراسة ميدانية لعينة من النساء الجزائريات)**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا ، جامعة الجزائر، 2005.

(78) لعبيدي نادية، **المكانة الاجتماعية للمسن في الأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية لعينة من مسني بلدية عين التوتة**، رسالة ماجستير (غي منشورة)، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر – باتنة، 2009.

المراجع باللغة الفرنسية:

1 -الكتب:

(79) ALINE Desesquelles. **le vieillissement démographique dans les pays développés**, INED, Paris,(s.d).

(80) CHAIRE Quettelet, jeunesses, **vieillesses démographies et société, Louvain la veuve (Belgique)**, acadimia breylant, Paris, 2002.

(81) Genévrière Codin et G. Raicheler, **santé et vieillissement – approche psychologique**, Armand colin, Paris, 2005.

(82) JAROZ Lucette, **vieillisse et vieillissement en Algérie**, office des publications universitaire, Alger,1983.

(83) Levis Claunde, **histoire de la famille ; mode lointaine, mode enceins**, Bourrguire Andri-prif , Armand colin, Paris, 1986.

(84) MARTINE Segalen, **sociologie de la famille**, Armand colin, Paris, 4eme édition, 1996.

(85) MICHELE Aumont, Henri Bour**, le troisième age ; prospective de la vie**, presses universitaire de France, Paris, 3eme édition, 1969.

(86) NATANSON Madeleine, **dans ma famille : je demande les grand parent**. Fleurus ;Paris, 1999.

(87) PAUL Paillat**, sociologie de vieillesse**, presses universitaire de France ; Paris,1er édition, 1963.

(88) VALLIN Jacques. **la démographie**, éditions la découverte, paris, 3eme édition, 2002.

(89) Raymond Boudon, Philippe Besnard, Mohamed Cherkaoui, **Dictionnaire de sociologie, Larousse**, impression imprimeries groupe c.p.i à saint Amand-Montrond, 2003.

2 -المجلات:

(90) BELKACEM-NACER Azzedeine, considérations assurantielles et logique actuarielle du régime de retraite en Algérie, in **; revue d'économie et statistique appliquées**, n°8, INPS, 2007.

(91) BOUSSAID Abd Elmalek, la question du financement du système algérienne de retraite, élément pour un débat, in**: revue d'économie et statistique appliquées**, n°8, INPS, Alger, 2007.

(92) BOUTEFNOUCHET Mostefa, la famille algérienne quel modèle ?, in ;**collection le lien**: changements familiaux et changements soucieux, n°3, deuxième partie, université d'Alger,2006.

3 -التقارير و المنشورات:

(93) LABSARI Ouardia, populations âgées en Algérie ; quelle prise en charge au sein de la famille ?, in : **actes du colloque international ; famille et santé, le regard des sciences sociales**, 3-5 avril 2006, université d'Oran(GRAS), Oran, (S.D)

(94) CENEAP. la démographie algérienne face aux grandes quittions de société ,mai 1999.

(95) Ministre de la santé, **suivi la situation des enfants et des femmes**, Enquête nationale à indicateur multiple (MICS3), 2006, Algérie .2007.

(96) Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière**, population et développement en Algérie**; rapport national CIPD+10, décembre 2003.

(97) Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitatalière, **situation démographique et sanitaire 2000-2010**, juillet 2011.

(98) ONS. projection des populations par willaya 2030, in: **Collection statistique,** n° 116, Alger .2005.

(99) ONS. **enquête nationale sur la santé du la famille Algérienne -2002**, rapport préliminaire, Alger, 2003.

(100) ONS**,** R.G.P.H 2008, les principes aux résultats du sondage au 1/10éme, in **: collections statistiques**, n°142, 2008.

(101) ONS. démographie Algérienne –2008, in : **Collection de données**, N°520**,** Alger, 2009.

(102) ONS. démographie Algérienne –2009, in: **Collection de données**, N°554**,** Alger, 2010.

(103) Organisation mondiale de la santé, La santé des personnes âgées, **sérié de rapports techniques** 779, Genève, 1989.

(104) United Nations**, population Ageing and development**, department of economic and social affairs, 2009

(105) INED, tous les pays du monde 2009, in : **population et société**, n°458, juillet-Aout 2009.

(106) INED. tous les pays du monde (1985),in : **population et societé**, n°195,juillet-Aout 1985

(107) INED**.** la transition démographique en occident, in ; **population et société**, n°127, septembre 1979.

(108) INED**.** le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord, in ; **population et société**, n°457, juin2009

(109) INED. la situation démographique des régimes de retraite en France, in ; **population,** n°5, 1998.

(110) INED.1974, année mondiale de la population, in : **population et société**, n°70, juillet 1974.

(111) INED. tous les pays du monde 1979, in**: population et société**, n°126, juillet-aout 1979.

(112) INED. raisonner sur le vieillissement, in**; population et société**, n°341, décombre 1998.

(113) INED. la situation démographique des régimes de retraite en France, in ; **population**, n°5, 1998.

(114) INED. la situation démographique des régimes de retraite en France, in ; **population**, n°5, 1998.

(115) INED. Indicateurs de la santé maternelle en Algérie: évolution de 1962-1992, in: **population**, n°4, 1998.

المراجع الالكترونية :

(116) **ENCARTA 2009** : la population ; limiter ou encourager la natalité.

(117) **Encarta®2009**: Politique de L'Enfant unique en chine, 1979.

(118) **ENCARTA2009**, population mondiale: se préparer au vieillissement de la population.

(119) **ENCARTA 2009**, le vieillissement: système de retraite.

(120) http://www.wfsp.Org/transtated-topics/1161-global-population-ageing-growing-old.30/02/2010.16h30.

(121) http://www.un.org/arabic/esa/ageing: منظمة العمل الدولية (24/02/2009/ 16h26)

(122) http://www.un.org/arabic/esa/ageing: منظمة الصحة العالمية(12/03/2009).

(123) http://www.un.org./arabic/esa/ageing/: توفير الخدمات والرفاهية في مرحلة الشيخوخة (23/02/2010).

(124) http://www.anasronline.com/index.php/12-10-2010: منحة خاصة للمسنين بـ10 آلاف د.ج والإبقاء على عقاب الأبناء

الملاحق

الملحق الأول

استمارة البحث

I -البيانات الشخصية:

1 -الجنس: 1- ذكر ☐ 2- أنثى ☐ 01

2 -السن: سنة 02

3 -ما هي حالتك الزواجية؟ 1. أ☐ 2- مت☐ 3- م☐ 4- أرمل ☐ 03

4 -المستوى التعليمي: 1- ☐ 2- ابتدائ☐ 3- متو☐ 4- ثانوي ☐ 04

5- جامعي ☐

5 -ما هي منطقة سكنك؟ 1- حض☐ 2- ريفي ☐ اسم البلدية 05

6 -ما هي حالتك المهنية؟ 1- ي☐ 2- مت☐ 3- لا يع☐ 4- غير متق☐ 06

7 -هل أنت منخرطا في الضمان الاجتماعي؟ 1- نعم ☐ 2- لا ☐ 07

8 -كم هي قيمة الأجر أو المعاش الذي تتقاضاه (العامل والمتقاعد)؟.. 08

II. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين:

أ.الخصائص الاقتصادية:

9 -كيف ترى قيمة الأجر الذي تتقاضاه؟1- كاف☐ 2- كافي نوعا☐ 3- غير كافي ☐ 09

10 -بالإضافة إلى المعاش؛ هل مستفيد من منحة ما ؟ 1- نعم☐ 2- لا 10

11 -في حالة الجواب بنعم: ما نوع هذه المنحة؟ 1- منحة التضامن(جزافية) ☐ 11

2- منحة المعاق ☐ 3- منحة المجاهد ☐

12 -ما قيمة الدخل الشهري للأسرة؟ 1- أقل من 15000☐ 2- 15000-25000دج ☐ 12

3- 5000-25000☐ 4- 35000-45000☐ 5- أكثر من 45000دج ☐

13 -هل تملك الأسرة الوسائل التالية؟:1- الك☐ 2- ☐ 3-قنوات جلب☐ 4- 13

قنوات☐ المياه ☐سيارة ☐لفزيون ☐جة ☐ن للطبخ

9- آلة غ☐لابس ☐0 كيف ☐ 11- جه☐بيوتر

14 -كيف ترى الدخل الإجمالي الشهري للأسرة ؟1- كاف☐ 2- نوعا ما 3- غير ك☐ 14

15 -ما نوع المسكن الذي تسكن فيه؟1- بيت تقليدي ☐ 2- شق☐ 3- فيلا ☐ 15

4-☐ (حدده)..

16

16 -هل المنزل الذي تسكن فيه؟1- ملكية خاص ☐ 2- مستأجر ☐ 3- آخر ☐ (حدده)
....
......

17 **17** -إذا كان ملكية لمن تعود هذه الملكية في الأصل؟ 1- للمسن نفسه ☐ 2- لأحد أبنائه ☐
3- آخر ☐ (حدده)..

18 **18** -كم هو عدد غرف المنزل؟ |__|__|

19 **19** -مع من تقيم؟1- مع الزوجة فقط ☐ 2- مع الزوجة والأبناء غير المتزوجين ☐ 3- مع الزوجة وأحد الأبناء المتزوجين ☐ 4 – آخر ☐ حدده)..

20 **20** -كم هو عدد أفراد أسرتك الذين تعيش معهم؟ |__|__|

21 **21** -كم هو عدد الأشخاص الذين يعملون من أفراد أسرتك؟ |__|__|

22 **22** -هل يشاركون في ميزانية الأسرة؟ 1- نعم ☐ 2- لا ☐

23 **23** -من يقوم بتسيير ميزانية وشؤون المنزل الاقتصادية؟1- أنت بنفسك ☐ 2- أحد أبنائك ☐
3- آخر ☐ (حدده)..

ب. الخصائص الاجتماعية:

24 **24** -كيف ترى علاقتك بأفراد أسرتك؟ 1- جيدة ☐ 2- حسنة ☐ 3- سيئة ☐

25 **25** -هل يقومون باستشارتك في الأمور المهمة للأسرة؟ 1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3-لا ☐

26 **26** -إذا كان نعم، هل يعملون بنصائحك؟ 1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3- لا ☐

27 **27** -كيف تقضي وقت فراغك وأين؟ 1- في قضاء الحاجيات التي تخص الأسرة وتخصك ☐ 2- في الحدائق العمومية أو المقهى وحدك ☐ 3- في الحدائق العمومية أو المقهى مع الأصدقاء ☐ 4- في المنزل مع أفراد الأسرة ☐ 4- أخرى ☐ حددها..

28 **28** -هل تتلقى زيارات من طرف أفراد أسرتك (وخاصة أبناؤك المتزوجين)، ويسألون عنك عندما يعرفون بأنك مريض؟ 1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3-لا ☐

29 **29** -إذا كانت الإجابة بـ (2 أو3)، ما هو في رأيك سبب عدم زيارتك ؟1- ليس لديهم وقت ☐
2- لا يستعطون المجيء بسبب البعد ☐ 3- وجود خلاف بينكما ☐
3- آخر ☐ حدده..

30 **30** -وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة مادية، فهل يقومون بتقديمها لك؟1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3- لا ☐

III- الخصائص الصحية للمبحوثين ونوع الرعاية المقدمة لهم:

31 **31** -كيف ترى حالتك الصحية؟ 1- جيدة ☐ 2- حسنة ☐ 3- سيئة ☐

32

33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52

32 -هل تعاني من أمراض مزمنة أو مشاكل صحية؟ 1- نعم ☐ 2- لا ☐

33 -إذا كان نعم ما نوع هذه الأمراض أو المشاكل الصحية (حددها)؟..............................

....

34 -كم هو عدد الأمراض المزمنة التي تعاني منها؟ |__|__|

35 -هل تقوم بالمتابعة الطبية لهذه المشاكل الصحية و الأمراض؟ 1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3-لا ☐

36 -هل هذه المتابعة تتم في: 1- القطاع العمومي ☐ 2- القطاع الخاص ☐

37 -وهل تتم عند: 1- طبيب عام ☐ 2- طبيب مختص ☐

38 -وهل تقوم بالفحص الدوري السنوي على صحتك؟ 1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3- لا ☐

39 -كيف ترى تكلفة العلاج والدواء؟ 1- غير مكلفة ☐ 2- نوعا ما ☐ 3- مكلفة جدا ☐

40 -كيف يتم توفير مصاريف العلاج والدواء؟ 1- من دخلك الخاص ☐ 2- من خلال مساعدة أفراد أسرتك ☐ 3- آخر ☐ ذكره ....

41 -إذا مرضت في فترة مرضك هذه، كيف ترى نوع الرعاية التي تتلقاها من طرف أفراد أسرتك؟

1- جيدة ☐ 2- حسنة ☐ 3- سيئة ☐

42 -ومن يقوم بتقديم هذه الرعاية؟1- الزوجة ☐ 2- البنات ☐ 3- آخر ☐ (حدده)....

....

43 -عندما تمرض؛هل يفضلون علاجك أولا بـ: ؟1- بالطريقة التقليدية (الأعشاب) ☐ 2- أخذك إلى الطبيب وشراء الأدوية ☐ 3- أو بالطريقتين معا ☐

44 -وعندما تمرض هل يأخذونك مباشرة إلى الطبيب؟ 1- نعم ☐ 2- لا ☐

45 -إذا كانت الإجابة بـ (لا)، فكم هي الفترة التي يستغرقوها قبل أن يأخذوك إلى الطبيب؟ |__|

46 -وما هو السبب الذي يجعلهم يؤخرون ذهابك إلى الطبيب؟.......................................

47 -ومن يرافقك إلى الطبيب؟ 1- بمفردك ☐ - مع الزوجة ☐ - مع أحد الأبناء ☐ - آخر ☐ حدده ....

48 -هل أنت تتبع حمية غذائية؟ 1- نعم ☐ 2- أحيانا ☐ 3- لا ☐

49 -وهل تتابعها بدافع؟: 1- الحرص الشخصي ☐ 2- بإتباعك أوامر الطبيب ☐ 3- تحت حرص أفراد الأسرة ☐

50 -كم هو عدد الوجبات الغذائية التي تتناولها وأذكرها؟ |__|..

51 -في الغالب هل تتوفر وجبتك الغذائية بالإضافة إلى العجائن على؟ 1- الخضر فقط ☐ 2- الخضر مع اللحم ☐ 3- الخضر مع الفواكه ☐ 4- الخضر مع اللحم والفواكه ☐

52 -هل تغيرت نوعية الرعاية التي كانت توجه إليك بعد أن كبرت في السن؟

1- تغيرت ☐ 2- نوعا ما ☐ 3- لم تتغير ☐

53 **53** –إذا تغيرت هذه الرعاية، كيف تغيرت؟1- أصبحت أحسن مع كثير من الاهتمام ☐ 2- أصبحت أسوء مع كثير من الإهمال ☐ 3- أخرى ☐ حددها..

54 **54** -في رأيك ما هي الأسباب التي أثرت في تغير نوعية الرعاية هذه؟..

....

....

55 **55** –كيف ترى الرعاية الصحية التي يتلقاها اليوم المسن؟

1- جيدة مقارنة بالماضي ☐ 2- سيئة مقارنة بالماضي ☐

56 **56** -في رأيك ما هي الظروف والأسباب التي تتحكم في نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن؟

1- تغير نمط الأسرة ☐ 2- تغير الذهنية والقيم ☐ 3- أخرى ☐ (حددها) ...

....

....

....

....

الملحق الثاني

أولا: الجداول التدعيمية الخاصة بالجانب النظري.

جدول رقم 1: يبن تطور بعض المؤشرات الديمغرافية المتعلقة بفئة المسنين في بعض بلدان العالم في سنة 2009 وإسقاطات 2050.

المنطقة أو البلدان	نسبة المسنين 60 سنة فأكثر (2009) %	إسقاطات تخص (2050)	أمل الحياة (2009)*		العمر المتوسط (2008)**
			رجال	نساء	
في العالم	11	22	67	71	29
البلدان المتقدمة	21	33	–	–	–
البلدان النامية	8	20	–	–	–
البلدان الأقل نموا	5	11	–	–	–
قارة إفريقيا	5	11	53	56	19
إفريقيا الشرقية	5	9	50	52	–
إفريقيا الوسطى	5	8	49	52	–
إفريقيا الشمالية	7	19	67	71	–
الجزائر	7	24	71	74	25
مصر	7	19	70	74	23
ليبيا	7	23	71	76	–
المغرب	8	23	63324	67	25
جنوب إفريقيا	7	14	50	53	24
إفريقيا الغربية	5	9	50	52	–
قارة آسيا	10	24	68	71	25
آسيا الشرقية	14	32	72	76	–
الصين	12	31	71	75	33
اليابان	30	44	79	86	44
جنوب وسط آسيا	7	19	64	66	–
الهند	7	20	63	65	24
إيران	7	28	69	73	26
جنوب شرق آسيا	8	23	68	72	–
العراق	5	13	57	61	19
لبنان	10	26	70	74	28
سوريا	5	19	72	76	–
الإمارات	2	18	77	79	31
اليمن	4	10	62	64	17
العربية السعودية	4	19	74	78	24
قارة أوروبا	22	34	72	80	37

المنطقة أو البلدان	نسبة المسنين60 سنة فأكثر (2009) %	إسقاطات تخص (2050)	أمل الحياة (2009)*		العمر المتوسط (2009)**
			رجال	نساء	
أوروبا الشرقية	19	34	65	75	-
أوروبا الشمالية	22	30	77	71	-
أوروبا الجنوبية	24	37	77	83	-
إيطاليا	26	39	79	84	43
إسبانيا	22	38	78	84	40
أوروبا الغربية	24	35	77	83	-
فرنسا	23	33	78	84	40
ألمانيا	26	40	77	82	43
أمريكا	10	26	72	78	31
أمريكا الشمالية	18	28	75	80	
كندا	20	32	78	83	39
الو- م-أ	18	27	75	80	36
أمريكا الوسطى	9	25	72	77	-
أمريكا الجنوبية	10	26	70	76	-

Source: United National population Ageing and development 2009,department of economic and social effacers,2009, p1-9.

∗ INED, tous les payes du monde 2009, en: population et société, n°458, juillet- aout 2009, pp2-5.

∗∗ Organisation mondial de la santé, statistiques sanitaires 2010, pp158-166.

جدول رقم (2): يبين توزيع نسب استعمال وسائل منع الحمل لأول مرة حسب عدد الأبناء الأحياء لكل امرأة في التحقيقين (1992 و 2002):

سنة المسح / عدد الأطفال الأحياء	نسبة الاستعمال لأول مرة لوسائل منع الحمل(%)		
	1992	2002	2006*
0	4.3	4.6	2.9
1	39.9	51.8	55.2
2	58.1	56.7	69.8
3	54.2	67.1	73.9
4	62.6	69.9	69.6
+5	54.7	59.1	-
المجموع	50.7	%57.0	61.4

Source : ONS. **<u>enquête algérienne sur la santé de la famille 2002</u>**.rapport principale.2004.p 126.

* Ministère de la santé, **suivi la situation des enfants et des femmes**, Enquête nationale à indicateur multiple (MICS3), 2006, Algérie .2007.p59.

ثانيا: الجداول التدعيمية الخاصة بالجانب الميداني:

جدول رقم 3: يبين توزيع أفراد العينة حسب درجة كفاية الدخل الشهري للأسرة.

كفاية الدخل	ك	%
كافي	36	21.2
نوعا ما	69	40.6
غير كافي	65	38.2
المجموع	170	100

جدول رقم 4: يبين علاقة تخصص الطبيب وطبيعة القطاع الصحي الذي يتوجه إليه المسن.

تخصص الطبيب. / طبيعة القطاع الصحي.		طبيب عام	طبيب مختص	المجموع
القطاع العمومي	ك	25	30	55
	%	%45,5	%54,5	%100,0
القطاع الخاص	ك	3	40	43
	%	%7,0	%93,0	%100,0
المزج بين القطاعين	ك	6	4	10
	%	%60,0	%40,0	%100,0
المجموع	ك	34	74	108
	%	%31,5	%68,5	%100,0

جدول رقم5: علاقة مدى إجراء الفحص الطبي الروتيني بالمستوى التعليمي للمبحوثين.

القيام بالفحص. / المستوي التعليمي.		يقوم بالفحص	أحيانا	لا يقوم بذلك	المجموع
أمي	ك	47	17	33	97
	%	%48,5	%17,5	%34,0	%100,0
ابتدائي	ك	16	10	7	33
	%	%48,5	%30,3	%21,2	%100,0
متوسط	ك	8	2	3	13
	%	%61,5	%15,4	%23,1	%100,0
ثانوي	ك	7	5	5	17
	%	%41,2	%29,4	%29,4	%100,0
جامعي	ك	8	1	1	10
	%	%80,0	%10,0	%10,0	%100,0
المجموع	ك	86	35	49	170
	%	%50,6	%20,6	%28,8	%100,0

جدول رقم 6: علاقة نمط الأسرة بعدد الأفراد الذي تضمهم.

نمط الأسرة / عدد أفراد الأسرة.		1–5	5–9	9 فأكثر	المجموع
أسرة نووية	ك	29	52	17	98
	%	%29,6	%53,1	%17,4	%100,0
أسرة ممتدة	ك	11	39	22	72
	%	%15,3	%54,2	%30,6	%100,0
المجموع	ك	40	91	39	170
	%	%23,5	%53,5	%22,9	%100,0

جدول رقم 7: علاقة كثافة غرف مسكن المسن بنمط الأسرة الذي ينتمي إليها.

نمط الأسرة / كثافة الغرف.		0.33–2.33	2.33–4.33	4.33–6.33	المجموع
أسرة نووية	ك	78	18	2	98
	%	%79,6	%18,4	%2,0	%100,0
أسرة ممتدة	ك	41	24	7	72
	%	%56,9	%33,3	%9,7	%100,0
المجموع	ك	119	42	9	170
	%	%70,0	%24,7	%5,3	%100,0

جدول رقم 8: علاقة مصدر توفير مصاريف العلاج بجنس المبحوثين.

جنس المسن. / مصدر المصاريف		من دخله الخاص	بمساعدة أفراد الأسرة	بطاقة الشفاء أو الدفتر	المجموع
رجال	ك	28	12	28	68
	%	%41,2	%17,6	%41,2	%100,0
نساء	ك	13	23	4	40
	%	%32,5	%57,5	%10,0	%100,0
المجموع	ك	41	35	31	108
	%	%38,0	%32,4	%29,6	%100,0

جدول رقم 9: علاقة مدى تلقي المسن للمساعدة المالية ومدى انخراطه في الضمان الاجتماعي بنوع العلاج المتبع.

نوع العلاج			طريقة تقليدية	طريقة حديثة	الطريقتين معا	المجموع
مدى تلقي المساعدة	مدى الانخراط في الضمان الاجتماعي					
يتلقى المساعدة	منخرط	ك	7	35	11	53
		%	%13,2	%66,0	%20,8	%100,0
	غير منخرط	ك		4	18	22
		%		%18,2	%81,8	%100,0
	المجموع	ك	7	39	29	75
		%	%9,3	%52,0	%38,7	%100,0
أحيانا	منخرط	ك	8	12	11	31
		%	%25,8	%38,7	%35,5	%100,0
	غير منخرط	ك	–	2	1	3
		%	–	%66,7	%33,3	%100,0
	المجموع	ك	8	14	12	34
		%	%23,5	%41,2	%35,3	%100,0
لا يتلقى ذلك	منخرط	ك	10	25	9	44
		%	%22,7	%56,8	%20,5	%100,0
	غير منخرط	ك	1	3	2	6
		%	%16,7	%50,0	%33,3	%100,0
	المجموع	ك	11	28	11	50
		%	%22,0	%56,0	%22,0	%100,0
لا يطلب ذلك	منخرط	ك	5	6	–	11
		%	%45,5	%54,5	–	%100,0
	المجموع	ك	5	6	–	11
		%	%45,5	%54,5	–	%100,0
المجموع		ك	31	87	52	170
		%	18,2	51,2	30,6	%100,0

جدول رقم 10: علاقة تشكيلة الأسرة التي ينتمي إليها المسن بنوعية الرعاية التي يتلقاها.

نوع الرعاية / خصوصية الأسرة	رعاية جيدة		رعاية حسنة		رعاية سيئة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مع الزوج(ة)	1	50.0	1	50.0	–	–	2	100
مع الزوجة والأبناء غير المتزوجين	49	59.0	33	39.8	1	1.2	83	100
مع الزوجة والأبناء المتزوجين	25	51.0	21	40.8	4	8.2	49	100
بمفرده	2	22.2	4	44.4	3	33.3	9	100
مع أحد الأبناء المتزوجين	6	26.1	16	73.9	–	–	23	100
آخر	2	50.0	2	50.0	–	–	4	100
المجموع	85	50.0	77	45.3	8	4.7	170	100

جدول رقم 11: بين توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المنحة التي يستفيد منها.

طبيعة المنحة	ك	%
منحة التضامن الجزافية	7	4,1
منحة المعاقين	3	1,8
منحة المجاهدين	24	14,1
المنحة الخاصة بزوجات الشهداء	3	1,8
لا يستفيدون من أي منحة	133	78,2
المجموع	170	100,0

جدول رقم 12: علاقة مدى مشاركة أفراد الأسرة المشتغلون في الميزانية بالشخص الذي يقوم بتسييرها.

مدى المشاركة في الميزانية / الشخص الذي يسير هذه الميزانية		يشارك	لا يشارك	المجموع
المسن نفسه	ك	39	23	62
	%	62,9%	37,1%	100,0%
أحد أبنائه	ك	26	5	31
	%	83,9%	16,1%	100,0%
الزوج أو الزوجة	ك	15	5	20
	%	75,0%	25,0%	100,0%
مشترك	ك	14	4	18
	%	77,8%	22,2%	100,0%
المجموع	ك	94	37	131
	%	71,8%	28,2%	100,0%

جدول رقم 13: توزيع أفراد العينة حسب قيمة الدخل الشهري له.

قيمة الدخل (د.ج)	ك	%
ليس لديهم دخل شهري	31	18,2
3000−15000	70	41,2
15000−27000	36	21,2
27000−38000	18	10,6
38000−51000	7	4,1
51000 فأكثر	8	4,7
المجموع	170	100,0